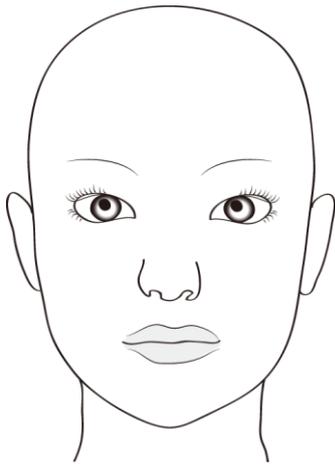


# Facial Counseling Sheet

年	月	日	NO.	お名前	年齢30歳	A	様
---	---	---	-----	-----	-------	---	---

生活習慣について

	冷房や暖房に当たることが多い	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	紫外線に当たることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	脂っこいものや甘い食べものが好き	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	食事が不規則になりがち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	便秘がち	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	睡眠が不規則になりがち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	運動不足気味	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	入浴をシャワーですませることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	ストレスを抱えることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ

お肌悩みやスキンケアについて

## ①お肌で気になる場所はどこですか？

毛穴 鼻の横（広がっているのが気になる）

## ②皮脂分泌について

日中、脂浮きしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
ニキビや吹き出物がしやすいですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ

## ③保湿について

次のような状態になったことはありますか？ かさつき つっぱり 乾燥

## ④お肌の敏感度

ヒリヒリ感やかゆみを肌を感じることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の中で皮膚反応を起こしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 食べ物	<input type="checkbox"/> 化粧品	<input type="checkbox"/> 薬品
	<input type="checkbox"/> 動物	<input type="checkbox"/> 香水/香料	<input type="checkbox"/> 日焼け止め
			<input type="checkbox"/> 他 _____
通常の日差しでも、すぐに赤くなったりヒリヒリしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
それ以外のときでも、肌が赤くなりやすいですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

## ⑤過去のエステや治療について

1か月以内にケミカルピーリングやレーザーを受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
1年以内に皮膚科の治療を受けたことがありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## ⑥現在、使用中の基礎化粧品はどれですか？

<input checked="" type="checkbox"/> クレンジング剤	<input checked="" type="checkbox"/> 石鹸/洗顔料	<input checked="" type="checkbox"/> 化粧水	<input checked="" type="checkbox"/> 乳液/クリーム	<input type="checkbox"/> スクラブ洗顔
<input checked="" type="checkbox"/> 美容液	<input type="checkbox"/> 日焼け止め (SPF値 30 )	<input checked="" type="checkbox"/> パック (毛穴パック)	<input type="checkbox"/> アイクリーム	
<input type="checkbox"/> ピーリング	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> サプリ・ドリンクなど (コラーゲン/酵素/美肌)		

## ⑦スタッフ記入欄