

美容カルテ
Beauty Karte

年 月 日

フリガナ お名前：	生年月日： 年 月 日 () 歳		
〒 - ご住所：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 既婚
電話番号：	E-MAIL：		
ご職業：	家族構成： 人 ()	平均体温 °C	
ご来店のきっかけ： <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者名 ()) <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> その他 ()			

～お身体の状況・ライフスタイルについてお聞かせ下さい～

●現在の健康状態

5年前を10とすれば今の体調数字は 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

●現在の体調

肩こり 視力低下 耳鳴り 頭痛 腰痛 足痛・ひざ痛 手足の冷え・しびれ
 目の疲れ むくみ 便秘 下痢 胃の不調 高血圧 低血圧 運動不足
 疲労感 ストレス 生理不順 妊娠中 更年期障害 その他 ()

●アレルギー

なし 薬 食物 金属 花粉 その他 ()

●既往症

心臓病 糖尿病 膠原病 リウマチ てんかん 喘息 静脈瘤
 その他 ()

●常用薬 頭痛薬 便秘薬 睡眠薬 精神安定剤 ホルモン剤 血圧降下剤

その他 ()

●健康補助食品 サプリメント () 健康食品 () 美容食品 ()

●仕事内容

立ち仕事 デスクワーク 接客 PC作業 時間が不規則 家事 その他

●睡眠

* 時間 3～4時間 5～6時間 7～8時間 9時間以上

* 状況 寝つきが悪い 夜中に起きる () 回 * 就寝 () 時～起床 () 時

●食事

* 時間 規則正しい 不規則 * 回数 () 回/日 * 外食の頻度 () 回/週

* 好み 濃い味 薄味 辛味 甘味 揚げ物 肉 魚 野菜

●運動

していない している * 内容 () * 頻度 () 回/週

●嗜好品 * たばこ 吸わない 吸う () 本/日

* アルコール 全く飲まない 時々飲む () 回/週 毎日飲む

●かぶれ

経験なし 化粧品 パーマ・カラー薬品 植物 金属 その他()

●頭皮・毛髪のお悩み

フケ かゆみ 湿疹 脂性 薄毛 細毛 剛毛 直毛 くせ毛
白髪 抜け毛 枝毛 パサつき こしがたい つやがない 広がる
まとまらない 量が多い その他()

*特に改善したい点 ()

●カラー・パーマの頻度

*カラー () 回/年) *パーマ () 回/年)

●頭皮・毛髪ケアの経験

なし あり(内容)

◆肌質

普通肌 乾燥肌 脂性肌 混合肌 敏感肌 アトピー

◆肌のお悩み

乾燥 シミ そばかす 小じわ しわ たるみ くすみ
てかり 毛穴 吹き出物 にきび 湿疹 かゆみ むくみ
赤み キメが荒い ざらつき 目の下のくま その他()

*特に改善したい点 ()

◆普段のお手入れ

クレンジング 洗顔料 化粧水 美容液 乳液 クリーム マッサージ パック
スクラブ 日焼け止め ファンデーション その他()

◆エステの経験

なし フェイシャル ボディ フット その他()

◆アートメイク

眉 アイライン 唇 その他()

◆コンタクトレンズ使用

不使用 使用(ハード) 使用(ソフト)

▼足のお悩み

うおの目 たこ かかとの角質 かかとのかさつき 外反母趾 内反小趾
巻爪 深爪 爪の変形 痛み その他()

*特に改善したい点 ()

ご記入いただいた個人情報は、当サロンの施術及びサービスについての情報をお知らせするために
利用させていただきます。