

カウンセリングシート

お客様の健康状態に応じた施術を行うための情報です。

以下、ご記入をお願いします。

ご来店日	年	月	日
お名前	フリガナ:		
ご住所	〒		
お電話番号			
生年月日	年	月	日
ご来店くださったきっかけ			
<input type="checkbox"/> 紹介（紹介者名： 様） <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ネット			
<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> ロコミ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
エステのご経験はありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

当てはまる項目にチェックをお願いします。

- ☐ 肩こりなどの体のコリを改善したい ☐ 慢性疲労からの回復をしたい
- ☐ リラクゼーションマッサージを受けたい ☐ その他()

体の状態で気になっている点がありますか？

- ☐ 肩こり ☐ 首のこり ☐ 頭痛 ☐ 背中の痛み ☐ 目の疲れ
- ☐ 腰痛 ☐ 足の痛み ☐ 足のしびれ ☐ むくみ ☐ その他()

普段運動はされますか？

- ☐ しない ☐ する(具体的に: _____)

水分は 1 日にどれくらい飲みますか？

- ☐ 1.5 リットル以上 ☐ 1.5 リットル以下

1 日に食事の回数は？

- ☐ 3食 ☐ 朝食抜き ☐ 不規則

嗜好品

- ☐ お酒 ☐ コーヒー ☐ 紅茶 ☐ 緑茶 ☐ 冷たい飲食
- ☐ タバコ ☐ その他()

最近のご様子

- ☐ 楽しい ☐ 忙しい ☐ 良く寝れる ☐ スト레스が多い
- ☐ つまらない ☐ 疲れがとれにくい ☐ 眠りが浅い

ありがとうございました。気になることがございましたらお気軽にご相談ください。