

# 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。