**カウンセリングシート**記入日　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| お名前 |  | 電話番号 |
| 住所 |  | ご職業 |
| メールアドレス |  | DM送付　　はい　　　いいえ |

1.当店を知ったきっかけ

□ホームページ □SNS/SNSでの広告 □友人、知人の口コミ

□チラシ/広告 □ネットでの広告 □その他

2.健康状態についてお聞かせください

　1.妊娠をしていますか？ 　　　　はい いいえ

　2.アレルギーがありますか？ はい いいえ

　　はいの場合はどのようなものですか？

3.今まで手術したことがありますか？ 　　　　はい　　　いいえ

　　はいの場合はどのようなものですか？

4.今現在体の不調がありますか？ はい　　　いいえ

　　はいの場合はどのようなものですか？

5.睡眠時間はどれくらいですか？ 時間～　　時間

6.毎日運動をしていますか？ はい　　　いいえ

はいの場合何時間くらいしていますか？ 　　　時間

7.普段使っているケア用品がありますか？ はい　　　いいえ

　　はいの場合差し支えなければお書きください

3.その他スタッフに伝えておきたいことがあればお書きください。