

# 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。