

# 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
		DM送付 はい いいえ
メールアドレス		

## 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。