再診の場合…※ 適切な治療をしたいのであなたのこと詳しく教えて下さい。

カウンセリングシート

No.

年　月　日

※

名前	フリガナ 様		生年月日 年　月　日/　歳		性別 男・女
住所	フリガナ 〒			職業	
携帯	(　)　-	Email		紹介者	様

● 上記、記載の情報は院からのお知らせ(お休み連絡等※年に1～3回程)に使用させて頂く事がございます。 ☐ 同意する

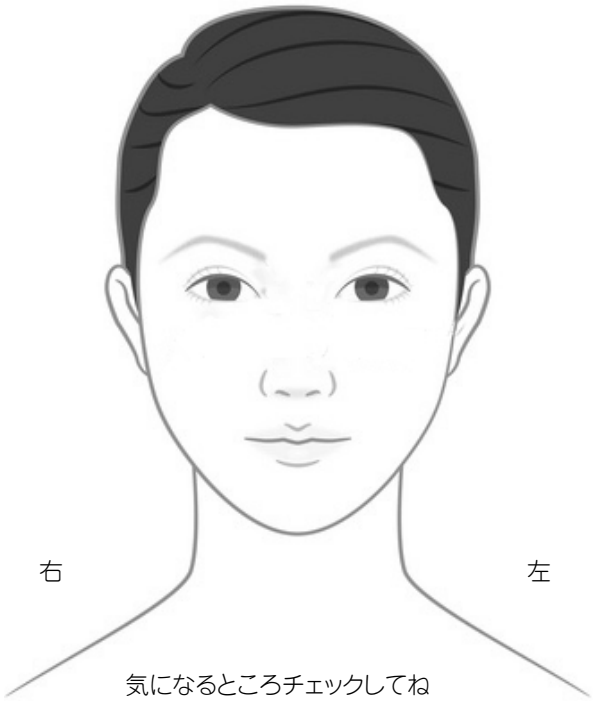
●当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。該当するものすべてに☑をつけてください。

☐通りがかり　☐ご紹介　☐チラシ　☐ネット (検索ワード＿＿＿＿＿＿)　☐その他

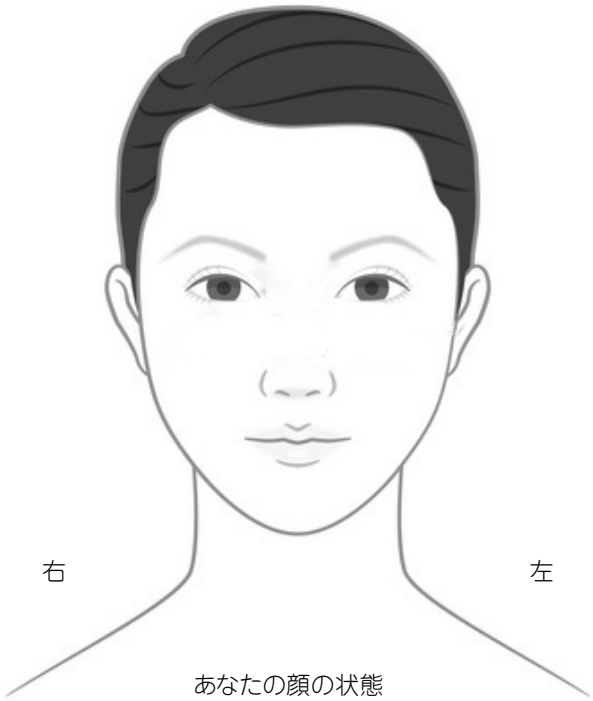
●今までご自身が経験されたもので、該当するものすべてに☑をつけてください

☐ 整骨院治療　☐ 鍼灸治療　☐ 整形外科リハビリ　☐ 整体
☐背骨矯正　☐ストレッチ　☐カイロプラクティック　☐実費マッサージ°
☐足つぼ　☐エステ　☐オイルマッサージ　☐骨盤矯正

※●今、気になっている場所を図に○で囲んでご記入下さい。



気になるところチェックしてね



あなたの顔の状態

その他注意事項　：

領収書について　（不要・毎回・月まとめて）

注意事項

安全で効果的な施術を行う為、以下の質問にお答えください。

※小顔矯正又は美容鍼灸を行うにあたり下記項目に該当する場合は本日の施術ができない場合もありますのでご了承ください。

1．該当する項目にチェックを付けてください

□1年以内で顔の整形手術やリフトアップ・脂肪吸引／溶解をした事がある

□3ヶ月以内に顔の美容治療（ヒアルロン・ボトックスなど）を行った

□2週間以内に顔の美容治療（フォトフェイシャル・ピーリング・その他レーザー治療・顔の脱毛)

□アトピー性皮膚炎・顔のアレルギー　通院中

□皮膚が弱い・赤くなりやすい

□妊娠中である（　　ヶ月）

□歯の矯正・顔の矯正をした事がある

2．該当する項目に○を付けてください

●現在の状況について

ダイエット中・生理不順・肩こり・冷え性 ・むくみ・眼精疲労

ストレス過多・高血圧・低血圧・汗・過敏症・不眠症・顎関節症

● 肌質について

普通肌・脂性肌・乾燥肌・混合肌 ・敏感肌

●顔のお悩みについて

シワ（ 目元 ・額・ほうれい線 ）　むくみ（ 目の回り ・ 頬 ・ アゴ周り ）

たるみ（ 目の回り・頬・アゴ周り・口周り ）・脂肪（ 目の回り・頬・アゴ周り ）

3．とくに相談したいことはありますか？

※頚の手術経験のある方･リンパが弱い方（特にリンパ腫の疑いのある方）は施術を受けられません。
（ピル/ホルモン剤）はまれに副作用でむくむ場合があります。

ご説明・同意書

顔面は毛細血管が多く内出血が起こりやすい箇所です。

毛細血管は目に見えるものでなく、施術する際どうしても傷つけてしまう場合がありますが、

1週間～10日ほどで自然に消失いたします、内出血が起こる可能性を了承した上で施術を受けてください。

注意事項の説明を十分に理解し了承しました。

上記の内容に虚偽があった際、体調の変化が現れた場合は自己責任として対応いたします。

日付　　年　　月　　日

本人ご署名　　担当者署名