

No. _____

Facial Karte

フェイシャルカルテ

年 月 日

フリガナ

●名前 様 ●生年月日 年 月 日 (歳)

●住所 〒 Tel.

●婚歴 未婚・既婚 年 ●家族構成 ●血液型 型

●職業 ●来店目的

健康面	身体不調箇所		食事面	食生活		
	健康状態			食事回数		
	便秘			食事量		
	生理			間食		
	生理周期	日		食品傾向 (バランス)		
	生理痛			嗜好品	タバコ	
	常用医薬品				アルコール	
	常用健康食品					
	ステロイド剤					
過去の疾病						
生活面	住居環境		その他			
	職場環境					
	身体疲労感					
	睡眠時間帯					
	睡眠状態					
精神面	性格					
	ストレス要素					

アレルギーチェック

アトピー体質と言われた事がある。または身内にいる。	Yes ・ No
じんましん、湿疹、喘息、アレルギー性鼻炎といった症状があらわれた事がある。または身内にいる。	Yes ・ No
肌がかさつく、小じわ、あせもが出来やすいといった症状があらわれたことがある。	Yes ・ No
化粧品、ヘアダイ、金属かぶれの経験がある。	Yes ・ No
敏感肌だと感じている。	Yes ・ No

初回所見

年

月

日

担当



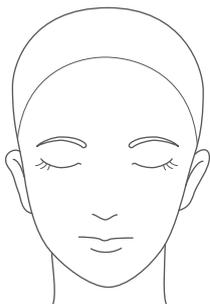
施術内容・使用化粧品

スキンチェック

年 月 日

担当

コース

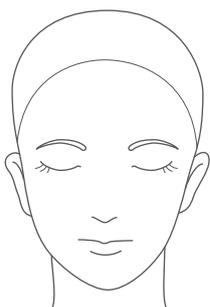


施術内容・使用化粧品など

年 月 日

担当

コース



施術内容・使用化粧品など

年 月 日

担当

コース

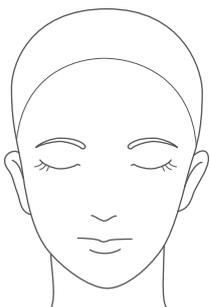


施術内容・使用化粧品など

年 月 日

担当

コース



施術内容・使用化粧品など

年 月 日

担当

コース



施術内容・使用化粧品など