

エステティック カウンセリングシート (初回問診票)

この度は、数あるサロンの中から当店をお選びいただき、誠にありがとうございます。

お客様に最適な施術を安全にご提供させていただくため、以下の項目についてご記入をお願いいたします。

ご記入いただいた内容は、本目的以外で使用することは一切ございません。

記入日：202X 年 月 日

担当エステティシャン：

■ 1. お客様について（基本情報）

お名前	
フリガナ	
生年月日	西暦 年 月 日（ 歳）
ご住所	〒 （ ）
お電話番号	
メールアドレス	
ご職業	（例：デスクワーク、立ち仕事、主婦、学生など） （ ）
当店で 知ったきっかけ	（ ） Instagram （ ） Google マップ （ ） 知人の紹介 （ ） ホットペッパー （ ） 当店 HP （ ） その他（ ）

■ 2. 本日のお悩み・ご希望について（目的・ゴール）

1. 本日、最も気になるお悩みはどちらですか？（複数回答可）

() 肌トラブル (ニキビ、毛穴、くすみ、乾燥、たるみ 等)

() ボディライン (痩身、部分痩せ、むくみ、セルライト 等)

() 脱毛

() リラクゼーション (疲れ、肩こり、冷え 等)

() その他 ()

2. 上記のお悩みについて、具体的に「いつから」「どのように」お困りかお聞かせください。
(例：半年前からマスクでニキビが治らない、結婚式に向けて二の腕を細くしたい)
()
() s ()
3. そのお悩みは、最終的に「いつまでに」「どのような状態」になりたいですか？(理想のゴール)
()
4. ご予算やご希望の来店頻度はございますか？
() まずは体験して考えたい
() 月 () 円くらいまで
() 月 () 回くらいのペースで通いたい
() 特になし・相談して決めたい
-

■ 3. 健康状態・体質について（安全確認・禁忌チェック）

※安全な施術のため、必ずご申告ください。

1. 以下のご経験や症状はございますか？（はい・いいえ）
() アレルギー（化粧品、食物、金属、薬、アトピー等）
→（はい の方： ）
() 現在、お薬を服用中（ピル、ステロイド、抗生物質、精神安定剤、血液をサラサラにする薬 等）
→（はい の方： ）
() 現在、病気（高血圧、低血圧、糖尿病、心臓疾患、甲状腺疾患、てんかん、ヘルペス等）で通院中
→（はい の方： ）
() 1ヶ月以内に、美容医療（レーザー、HIFU、ボトックス、ヒアルロン酸 等）を受けた
→（はい の方： ）
() 体内に金属（ボルト、ペースメーカー）やシリコンが入っている
() 飲酒をされている（施術前 24 時間以内）
() 日焼けをされている（施術前後 2 週間以内）
2. 女性のお客様へお伺いします。（はい・いいえ）
() 現在、妊娠している
() 現在、妊娠の可能性がある
() 現在、授乳中である
() 生理周期は () 順調 () 不順 () 生理痛が重い
() 本日は生理中ですか？ () はい () 日目 () いいえ

3. 本日のご体調はいかがですか？

☐ 良好 ☐ 寝不足ぎみ ☐ 疲れている ☐ その他 ()

■ 4. 肌質・生活習慣について（根本原因の把握）

1. ご自身の肌質はどれに近いと感じますか？

☐ 乾燥肌 ☐ 脂性肌 ☐ 混合肌 ☐ 敏感肌 ☐ 普通肌 ☐ わからない

2. 普段のスキンケアや、お悩みに対するご自宅でのケアを教えてください。

()

3. 過去にエステサロンや美容クリニックに通ったご経験はありますか？

☐ ある ☐ ない

→ (ある の方) その際、肌トラブルやご不満な点はありましたか？

()

4. 以下の生活習慣について、当てはまるものにチェックをしてください。

☐ 平均睡眠時間は6時間以下だ

☐ 食事は外食やコンビニが多い

☐ 甘いものや脂っこいものが好き

☐ 水分はあまり摂らない(1日1L以下)

☐ タバコを吸う

☐ お酒を週3日以上飲む

☐ 運動はほとんどしない

☐ ストレスを感じやすい

☐ 冷え性・むくみを感じる

☐ 便秘がちである

■ 5. ご同意・ご確認事項

☐ 上記1～4の項目について、全て事実を正確に申告しました。

☐ 施術効果の確認・記録のため、施術前後に担当者がお写真（ビフォーアフター）を撮影することに同意します。（※撮影したお写真はカルテとして厳重に保管し、ご本人様の許可なく外部に公開することは一切ございません）

【写真のSNS・HP等への掲載許可】

☐ 個人が特定できない形（目元を隠す等）で、当サロンのHPやSNS、広告宣伝物へ写真を使用することに同意します。

☐ 同意しません。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、当サロンにおける施術、商品、サービス提供、およびアフタ

ーフォローのご連絡、当サロンからのお知らせの目的にのみ利用し、法令に基づく場合を除
き、ご本人様の許可なく第三者に提供することはございません。

上記すべての内容を確認し、同意いたします。

202X 年 月 日

**ご署名（ご本人様直筆）：

**

【※以下、サロン記入欄】

主訴（お客様の最優先の悩み）	
お客様のタイプ（印象）	<input type="checkbox"/> 価格重視 <input type="checkbox"/> 結果追求 <input type="checkbox"/> 短期集中 <input type="checkbox"/> 不安・慎重
本日共有したゴール	
禁忌事項・特記事項（要注意）	
本日も提案プラン	
ご成約プラン	
担当者サイン	