

美容鍼 問診表

◆施術について重要事項確認

- ・炎症性疾患をお持ちではないですか？（はい・いいえ）
- ・現在、発熱はしていませんか？（はい・いいえ）
- ・感染症や妊娠の可能性はありませんか？（はい・いいえ）
- ・本日の体調はいかがでしょう？（良好・普通・不良）
- ・アルコール消毒は大丈夫ですか？（はい・いいえ）
- ・直近でイベントごとを控えていませんか？（はい・いいえ イベント名： _____ ）

◆ご自身の体質・生活環境を教えてください。（レ点チェック）

お肌	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 脂性肌 <input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> 敏感肌 <input type="checkbox"/> 混合肌
睡眠	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 寝つきが良くない <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 歯ぎしり
月経周期	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 乱れやすい <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経
嗜好	<input type="checkbox"/> たばこ（ _____ ）本/日 <input type="checkbox"/> アルコール（ _____ ）杯/日 <input type="checkbox"/> なし
運動	<input type="checkbox"/> あまりしない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> よくする（内容： _____ ）

◆現在のお肌状態で、気になる場所にチェックして下さい。



- たるみ
- ハリ感
- ほうれい線
- 小じわ
- むくみ
- 乾燥
- 毛穴
- テカリ
- クマ
- シミ・ソバカス
- ニキビ・吹き出物
- くすみ

※その他の方はこちらにご記入ください。

◆既往歴

現在、治療中、または過去に罹った病気はありますか？下記に○をしてください。

ない・ある（肝炎 エイズ 感染症 がん 心臓病 糖尿病 脳疾患 高血圧 甲状腺）

（貧血 自己免疫性疾患 膠原病 関節炎 金属アレルギー）

その他（病名 _____ ）

かかりつけの医師はいますか？ いない・いる（病院名： _____ ）

現在、飲んでいる薬はありますか？ ない・ある（薬名： _____ ）

※ その他、気になる点がございましたら、こちらにご記入ください。