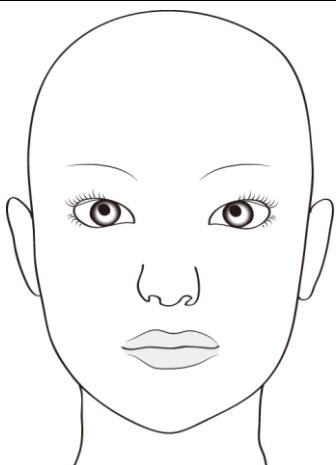


Facial Counseling Sheet

年 月 日	NO.	お名前	様
-------	-----	-----	---

生活習慣について



冷房や暖房に当たることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
紫外線に当たることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
脂っこいものや甘い食べものが好き	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
食事が不規則になりがち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
便秘がち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
睡眠が不規則になりがち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
運動不足気味	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
入浴をシャワーですませることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
ストレスを抱えることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ

お肌悩みやスキンケアについて

①お肌で気になるところはどこですか？

（This section is empty in the image, likely a placeholder for handwriting or a drawing.)

②皮脂分泌について
日中、脂浮きしますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ

ニキビや吹き出物ができやすいですか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ

③保湿について
次のような状態になったことはありますか？

□かさつき □つっぱり □乾燥

④お肌の敏感度
ヒリヒリ感やかゆみを肌に感じることはありますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
以下の中で皮膚反応を起こしたことはありますか？
<input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> 薬品 <input type="checkbox"/> 花粉
<input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 香水/香料 <input type="checkbox"/> 日焼け止め <input type="checkbox"/> 他
通常の日差しでも、すぐに赤くなったりヒリヒリしますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
それ以外のときでも、肌が赤くなりやすいですか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ

⑤過去のエステや治療について
1か月以内にケミカルピーリングやレーザーなどを受けたことがありますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1年以内に皮膚科の治療を受けたことがありますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

⑥現在、使用中の基礎化粧品やサプリはどれですか？
<input type="checkbox"/> クレンジング剤 <input type="checkbox"/> 石鹼/洗顔料 <input type="checkbox"/> 化粧水 <input type="checkbox"/> 乳液/クリーム <input type="checkbox"/> スクラブ洗顔
<input type="checkbox"/> 美容液 <input type="checkbox"/> 日焼け止め (SPF値) <input type="checkbox"/> パック <input type="checkbox"/> アイクリーム
<input type="checkbox"/> ピーリング <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> サプリ・ドリンクなど(コラーゲン/酵素/美肌)

⑦スタッフ記入欄

（This section is empty in the image, likely a placeholder for handwriting or a drawing.)