

美容鍼 問診票

来院日 令和 年 月 日

ふりがな				性別		
氏名				男 ・ 女		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
ふりがな				ご連絡先		
住所	〒			自宅		
				携帯		
当院を何でお知りになりましたか？					(ご紹介者)	

ご自身の体質・生活環境を教えてください。

お肌	<input type="checkbox"/> 敏感肌 <input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> 脂っぼい <input type="checkbox"/> 荒れやすい <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> シミ・ソバカス <input type="checkbox"/> その他 ()
睡眠	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 寝つきが良くない <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする
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
嗜好	<input type="checkbox"/> たばこ () 本/日 <input type="checkbox"/> アルコール () 杯/日
職業	
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

現在のお肌状態で、気になることをチェックして下さい。



- むくみ
- 乾燥
- ほうれい線
- 毛穴
- 小じわ
- テカリ
- くすみ
- シミ・ソバカス
- クマ
- その他

--