

ドクターリセラ

②カウンセリングシート&同意書

(2015.11.17)

※下記内容は、ご使用する大事な項目となります。必ずご記入ください。

アクア ADS

すでにアクア登録はございますか? はい いいえ

氏名	フリガナ	性別	生年月日			年齢
	※環境依存文字(高や崎など)は使用ができません。常用漢字でお願いします。	女・男	西暦	年	月	日 歳
住所	フリガナ	結婚	TEL or 携帯電話			
	〒	未婚・既婚	職業			
			趣味			

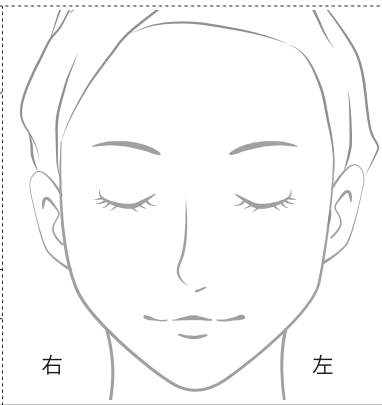
- ① あなたの肌の状態は? ・オイリー ・ノーマル ・ドライ ・コンビネーション ・敏感 ・ニキビ
- ② アレルギーはありますか? ・はい (・薬品 ・金属 ・化粧品 ・日光 ・花粉症 ・アトピー体質 ・その他) ・いいえ
そのアレルギーがおこる原因をご記入下さい()
- ③ 現在、通院中ですか? ※期間の日にちまで分からない場合は、年月までご記入下さい。
・はい 期間(年 月~) 病名又は理由() ・いいえ
- ④ 過去に大きな病気・手術をされた事がありますか? ※期間の日にちまで分からない場合は、年月までご記入下さい。
・はい 期間(年 月~ 年 月) 病名又は理由・部位() ・いいえ
- ⑤ 現在、使用しているお薬・過去に使用していたお薬はありますか? ※期間の日にちまで分からない場合は、年月までご記入下さい。

現在	・はい	・いいえ	※「はい」を選ばれた方は、下記に具体的な薬名をお書き下さい。			
	内服薬()	理由()				
	内服薬()	()	()	()		
	外用薬()	使用部位()	使用開始日(年 月 日~	現在(使用頻度		
	外用薬()	使用部位()	使用開始日(年 月 日~	現在(使用頻度		

過去	・はい	・いいえ	※「はい」を選ばれた方は、下記に具体的な薬名をお書き下さい。			
	内服薬()	理由()				
	内服薬()	()	()	()		
	外用薬()	使用部位()	使用期間(年 月 日~	年 月 日まで)		
	外用薬()	使用部位()	使用期間(年 月 日~	年 月 日まで)		

- ⑥ タバコは吸いますか? ・はい (1日 本) ・いいえ
- ⑦ 今までにどのようなお手入れを受けられた事がありますか? ・ある ・無し
・AHAピーリング ・レーザー ・レチノイン酸 ・その他() → (いつ?)
- ⑧ 現在、妊娠又は授乳中ですか?又は半年以内に妊娠されようとお考えですか? ・はい ・いいえ
- ⑨ 風邪をひいた時や熱が出た時等、口や唇に水疱が出来ますか? ・はい(頻度) ・いいえ
- ⑩ 紫外線の強い時間帯に外にお出かけになる事は多いですか? ・はい(頻度) ・いいえ

- ⑪ 日焼けの後どういった状態になりますか?
・赤くなるが黒くならない ・赤くなって黒くなる ・すぐ黒くなる ・その他()
- ⑫ 気になるトラブルを気になる順に3つ挙げて下さい。
・トラブルの原因と思われるもの ・いつから気になり始めましたか?
(1.) 原因()
(2.) 原因()
(3.) 原因()



- ⑬ 気になるトラブルの様子を右の絵にご記入下さい。
- ⑭ トラブルを解消する方法は?
・できるだけ早くしたい ・ゆっくりでも目立たなくしたい ・その他()

アクア 肌に関するフォローを受ける為、記入した内容、今後の使用製品などに関する情報は担当サロンとドクターリセラ株式会社に帰属します。以上を理解の上、合意します。 **ご署名** 年 月 日

ADS プログラム中、肌の発赤・痒み・角質の脱落するような状態がみられますが、正常な状態です。不安な時や異常ではないかと感じた時はすぐに相談します。肌のトラブル改善は数ヶ月を要します。プログラム中は特に紫外線対策を万全にする必要があります。特にはじめの6ヶ月はサロンで肌を確認しながらのプログラムのためスキンフィットネスカウンセラーの推奨製品以外の使用はいたしません。また通信販売(定期便含む)で購入しません。妊娠を希望される場合には、使用できない製品がある事を理解し、スタートします。初回セット購入サロン様での購入を致します。肌に関するフォローを受ける為、記入した内容、今後の使用製品などに関する情報は担当サロンとドクターリセラ株式会社に帰属致します。以上を理解の上、合意します。 **ご署名** 年 月 日

※ご記入頂きましたお客様の情報は商品配送・その他サービスの提供のみを目的として取り扱わせて頂きます。契約が解約された後、継続して利用させて頂く場合もございます。削除・変更をご希望されます時は速やかに対応致します。なお、知り得た情報の漏洩防止に努めて参ります。

コード	サロン名	スキンフィットネス カウンセラー署名
-----	------	-----------------------

※必ず、SFC登録をされているお名前をフルネームでご署名下さい。宜しくお願いします。※SFC登録者名義の変更、名字の変更などございましたら、ドクターリセラ社までご連絡下さい。