

アートメイク用カウンセリングシート

フリガナ

氏名 _____ 様 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

携帯電話 _____ ご職業 _____

お住まい (〒 _____ - _____)

ご来院のきっかけを教えてください

- 知人の紹介 (_____ 様) instagramを見た (アカウント名 _____)
 当院に通っている MAP検索・ブラウザ検索 その他 (_____)

施術を希望する部位はどこですか？

- 眉 (毛並み・パウダー・コンビネーション) アイライン上 アイライン下 リップ ほくろ

〔アレルギー〕 当てはまる項目がありましたらご記入ください。

- 金属 アルコール 麻酔 ラテックス 花粉症 (春・夏・秋・冬) ナッツ 大豆
 食品 (_____) ハイドロキノン
 薬 (_____) その他 (_____)

〔現病歴/既往歴〕 当てはまる項目がありましたらご記入ください。

- 高血圧 心疾患 糖尿病 肝炎 (_____ 型) HIV 梅毒 ケロイド体質 接触性皮膚炎
 ヘルペス (部位: _____) 帯状疱疹 神経痛 (部位: _____)
 悪性腫瘍 (完治・治療中→部位: _____ 治療内容: _____)
 緑内障 アトピー 脱毛症 口唇口蓋裂 その他 (_____)

〔内服薬/外用薬〕 現在使用中の薬剤がありましたらご記入ください。

- なし あり (_____)

女性の方で下記に当てはまる方はご記入ください。

- 妊娠中 妊娠の可能性あり (妊活中) 授乳中→24時間の断乳が可能ですか? (はい・いいえ)

今回の施術写真をSNS・メディア掲載させて頂くことは可能でしょうか？

- はい：顔全体の掲載OK
 はい：施術部位のみ掲載OK (開眼・閉眼に関わらず施術部位を含む鼻から上 (または下) を掲載)
 いいえ：掲載不可 (撮影した写真はカルテ保管のために使用させていただきます)

アートメイク用カウンセリングシート

本日より前後1年以内に手術経験はありますか？（治療目的・美容目的どちらも含む）

なし 手術経験あり 今後、手術を予定している

手術内容：

手術時期：

顔の美容施術について 過去3か月以内に行った施術がありましたらご記入ください。

なし ボトックス（額 / 眉間 / 目尻 / 口角 / オトガイ / その他）
ヒアルロン酸（唇 / 涙袋 / 鼻 / ほうれい線 / 顎 / その他） 脱毛（顔 / 顔以外）
トーンングやレーザー治療 ピーリング ピーリング作用のある化粧品を使用中/ 使用予定
その他（ ）

刺青・タトゥーの経験はありますか？

なし あり（部位： 時期：

これまでにアートメイクの経験はありますか？

なし あり（ありの方は分かる範囲で以下にお答えください）
眉（塗りつぶし / パウダー / 毛並み / コンビネーション） アイライン（上/下） リップ ヘア ほくろ
・最終施術時期はいつですか？（ ）
・合計で何回受けましたか？（ ）回
・どちらで受けましたか？ 当院 他院（ ） サロン 海外 その他
・痛みはありましたか？ なし あり（我慢できる程度 / 我慢できず中断した / 覚えていない）
・残っていると感じますか？ 濃く残っている 薄く残っている 全く残っていない わからない
・過去のアートメイクについて 活かして施術してほしい 形を変えたい 必要であれば除去も検討したい
・これまでの施術時に、トラブルや不快に感じたことがあれば教えてください。
（ ）

アートメイクの施術後7日間はダウンタイム期間となります。

本日より7日以内に大切なご予約はありますか？

なし あり（ ）

ご要望などがございましたらご記載ください。