

# COUNSELING KARTE

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

<b>お名前</b>	フリガナ -----	<b>生年月日</b>	年 月 日 歳
<b>ご住所</b>	(〒 - )	<b>ご連絡先</b>	- -
<b>ご来店動機</b>	<input type="checkbox"/> ご紹介 ( ) 様	<input type="checkbox"/> SNS・ウェブサイトを見て	
	<input type="checkbox"/> クーポン誌 ( )	<input type="checkbox"/> 通りすがり・看板	

※ ご提供いただいた個人情報を施術の管理目的のみ使用いたします。第三者へ開示することはありません。

## CHECK SHEET

1. 平均睡眠時間 ( ) 時間

よく眠れますか？

はい  いいえ

2. お食事は？

洋食派  和食派

3. アルコールは？

飲む ( 週 回 )  飲まない

4. おタバコは？

吸う ( 1日 本 )  吸わない

5. 血圧について

高い  普通  低い

6. 貧血はありますか？

はい  いいえ

7. 便秘について 1日 ( ) 回

8. 生理周期について

順調  不順

9. 現在、病気・ケガをしていますか？

はい ( )

いいえ

10. 現在、薬を服用されていますか？

はい ( )

いいえ

11. どこか不調なところはありますか？

肩こり  首のこり  腰痛

冷え性  めまい  頭痛

むくみ  足の疲れ

目の疲れ

その他 具体的にあれば

( )

12. 本日の体調は？

かなり疲れている  少し疲れている

精神的に疲れている  疲れていない

13. 何か運動はしていますか？

はい ( 週 回 )

いいえ

14. 他のマッサージやエステ等には通われていますか？

はい どちらに ( )

いいえ

15. どんな趣味をお持ちですか？

( )

16. 普段のサロン選びのポイントは？

値段  予約の取りやすさ

通いやすさ  口コミの内容

お店の雰囲気  メニュー

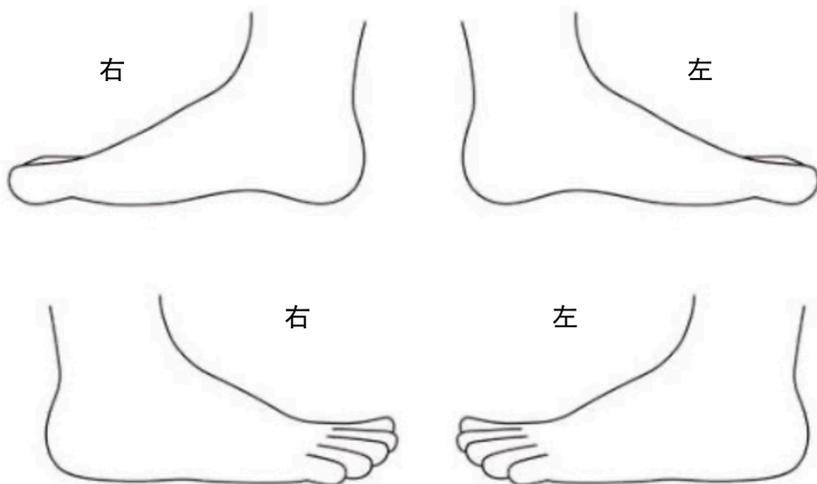
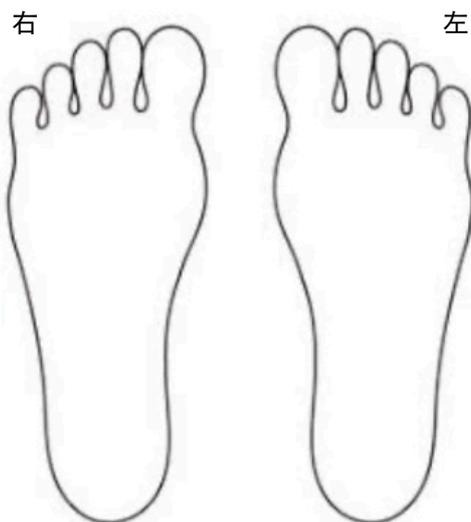
スタッフの対応

その他 ( )

以上ありがとうございました

# 足裏チェックシート

お名前	年齢	性別	観察日	年	月	日
様		男 女				



基線	横隔膜・骨盤	
角質の位置と範囲		///
シワの有無（細い～太いなど）		—
たるみの有無		～
皮むけ/白癬の有無		○
アーチの高さ・変形		
リンパ節部の状態		
クリスタルの有無		△
痛みを訴える部分の有無		☆
魚の目・タコ		▼
傷・骨折の後など		
ほくろ		●

色/全体の形			
温	冷		
湿	乾		
硬さ/弾力			
匂い			
湧泉	R	状態	戻り：良 / 遅
	L	状態	戻り：良 / 遅
下垂体	R	+ -	L + -
副腎	R	有無 + -	L 有無 + -
膀胱	R	戻り：良 / 遅	L 戻り：良 / 遅
卵巣	R		L
子宮	R		L
卵管	R		L

	R				L				リーディング
指の形	5	4	3	2	2	3	4	5	
指の長さ	5	4	3	2	2	3	4	5	
指の向き	5	4	3	2	2	3	4	5	
親指の形	5	4	3	2	2	3	4	5	