

※この枠の中をご記入ください **美容鍼問診票** 令和 年 月 日 No. _____

フリガナ		男・女	生年月日	紹介者	
お名前			大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳		電話
ご住所	〒 _____		職業		
メール					

お顔で気になる所をご記入ください

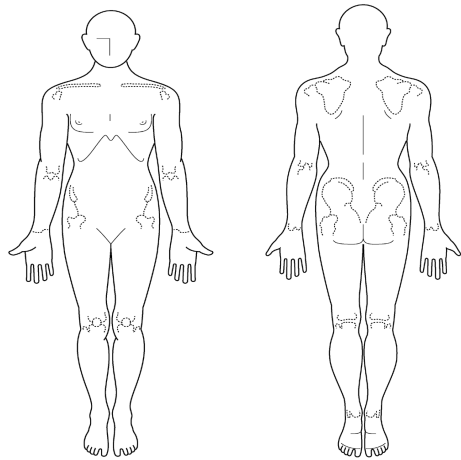


お顔の
お悩みことなど

チェック

- むくみ
- たるみ
- くすみ
- しわ
- しみ
- 目の不調
- その他

※痛みなど身体の不調の感じる
ところに印をつけてください



使用経穴(施術者記入)

※この枠の中をご記入ください

体温： _____
コンタクト： <u>不使用</u> ・使用
アレルギー： 無・有(_____)
食事： _____ 回/日 規則的・不規則 食欲： <u>旺盛</u> ・普通・無 良くとべるもの _____
現在服用中の薬 _____
尿 _____ 回/日 夜間尿： 気になる・気にならない
便 _____ 回/日 下痢ぎみ・便秘ぎみ
睡眠 睡眠時間 _____ 時間/日 寝つき： <u>良い</u> ・悪い 寝汗： 無・有
体質 寒がり・暑がり 冷え性・のぼせ症 かぜをひきやすい 疲れやすい
月経 _____ 順調 ・ 不順(_____)

本日の刺鍼部位(施術者記入)

