



氏名： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_

当てはまる項目にチェックをご記入をお願いします。

①お肌の悩み

|    |    |     |      |    |     |
|----|----|-----|------|----|-----|
| 乾燥 | 毛穴 | くすみ | たるみ  | シワ | 小じわ |
| クマ | シミ | ニキビ | ニキビ跡 |    |     |

②体調

良い      普通      まあまあ      良くない

③紫外線

良くあたる      あたらない

④アレルギー

有り      無し      詳細 \_\_\_\_\_

⑤エステの経験

有り      無し（ピーリング      した      していない）

⑥使用化粧品・クレンジング（ポイント、ミルク、ジェル、オイル）

|       |       |     |    |      |
|-------|-------|-----|----|------|
| 化粧水   | ピーリング | 美容液 | 乳液 | クリーム |
| 保湿パック | アイケア  |     |    |      |

⑦その他、気になることがありましたらご記入ください。