

エステティック施術の安全性向上のためのモデルカウンセリングシート(例)

Q1 あなたの体調などについてお伺いします。

●あなたの皮膚状態についてあてはまるものすべてに○をつけてください。

|                     |              |                 |
|---------------------|--------------|-----------------|
| 1 発疹が出やすい           | 4 皮膚がかゆい     | 7 皮膚がほてりやすい     |
| 2 おできや吹き出物・ニキビが出やすい | 5 冬にはあかぎれがある | 8 季節の変わり目に不調になる |
| 3 皮膚がカサカサしやすい       | 6 皮膚が冷えやすい   |                 |

●あなたの体調についてあてはまる項目すべてに○をつけてください。

★ 

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| ・良好 | ・普通 | ・不調⇒ |
|-----|-----|------|

 ⇒ 

|      |      |        |     |      |      |
|------|------|--------|-----|------|------|
| ・冷え  | ・肩こり | ・胃腸    | ・便秘 | ・頭痛  | ・ほてり |
| ・更年期 | ・腰痛  | ・不眠    | ・貧血 | ・高血圧 | ・息切れ |
| ・低血圧 | ・めまい | その他( ) |     |      |      |

★ 

|      |         |     |     |
|------|---------|-----|-----|
| 身体疲労 | ・ほとんどない | ・軽度 | ・重度 |
|------|---------|-----|-----|

 ★ 

|      |         |     |     |
|------|---------|-----|-----|
| ストレス | ・ほとんどない | ・軽度 | ・重度 |
|------|---------|-----|-----|

Q2 アレルギーについてお伺いします。

●アレルギーの有無 ・なし ・あり⇒※下記のあてはまる項目全てに○をしてください。

|                           | いつ頃から | 症状(あてはまるものすべてに○)                                | 現在の状況(あてはまるものすべてに○)     | 原因物質                                      |
|---------------------------|-------|---|-------------------------|---|
| 花粉症                       | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・スギ ・ヒノキ ・ブタクサ<br>その他( )                  |
| 喘息                        | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・ハウスダスト ・ダニ ・カビ ・ペット<br>その他( )            |
| アトピー性皮膚炎                  | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 |   |
| 蕁麻疹                       | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 |   |
| 化粧品                       | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・香料 ・色素 ・パラベン<br>・ヘアダイの染料(PPDA)<br>その他( ) |
| ※化粧品の種類やメーカーが分かればご記入ください。 |       |   |                         |   |
| 金属                        | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・ニッケル ・コバルト ・クロム<br>・その他( )               |
| 光線過敏                      | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・外因性(香料、湿布薬等)<br>・内因性                     |
| 食物                        | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・卵 ・牛乳 ・大豆 ・小麦<br>・甲殻類 その他( )             |
| 薬物                        | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・風邪薬 ・湿布薬 ・抗生物質<br>・鎮痛解熱剤 ・その他( )         |
| ラテックス                     | 年前    | ・発疹 ・発赤 ・水ぶくれ ・かゆみ ・せき<br>・鼻水 ・くしゃみ ・痛み ・その他( ) | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・ゴム手袋 ・輪ゴム<br>その他( )                      |

Q3 慢性疾患についてお伺いします。差し支えない範囲で回答をお願いします。

●疾患の有無 ・なし ・あり⇒※下記のあてはまる項目全てに○をしてください。

|       | いつ頃から | 症状の自己評価      | 現在の状況                   | 疾患による日常生活への影響          |
|-------|-------|--------------|-------------------------|------------------------|
| 糖尿病   | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |
| 高血圧   | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |
| 心臓病   | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |
| 悪性腫瘍  | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |
| リンパ浮腫 | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |
| 膠原病   | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |

|       | いつ頃から | 症状の自己評価      | 現在の状況                   | 疾患による日常生活への影響          |
|-------|-------|--------------|-------------------------|------------------------|
| 更年期障害 | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |
| 精神疾患  | 年前    | ・重症 ・中等症 ・軽症 | ・投薬 ・通院 ・入院<br>・完治 ・無治療 | ・大 ・中 ・小 ・なし<br>※内容( ) |

Q4 過去エステティックの施術で健康被害を受けたことがありますか？

●健康被害の有無 ・なし ・あり⇒※下記のあてはまる項目全てに○をしてください。

|          | いつ頃 | 被害の程度   | 機器使用の有無 | 原因となった施術                     |
|----------|-----|---|---------|------------------------------|
| かぶれ      | 年前  | ・治療1週間未満 ・治療1～2週間<br>・治療3週間～1ヶ月 ・治療1ヶ月以上<br>・治療せず | 有 無     | ・フェイシャル ・脱毛<br>・痩身<br>その他( ) |
| やけど      | 年前  | ・治療1週間未満 ・治療1～2週間<br>・治療3週間～1ヶ月 ・治療1ヶ月以上<br>・治療せず | 有 無     | ・フェイシャル ・脱毛<br>・痩身<br>その他( ) |
| 擦過傷・打撲傷等 | 年前  | ・治療1週間未満 ・治療1～2週間<br>・治療3週間～1ヶ月 ・治療1ヶ月以上<br>・治療せず | 有 無     | ・フェイシャル ・脱毛<br>・痩身<br>その他( ) |