

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

受付日 年 月 日

お名前		年齢	
E-mail			

当てはまるものに○ または 具体的にご記入をお願いいたします。

【現在のお身体の状態について】

1. 現在の健康状態	良い	ふつう	悪い
2. 現在、医師の指導による治療を受けていますか？	はい	いいえ	
3. 現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？	はい	いいえ	
お薬の名前を教えてください。			
いつから服用していますか？		ごろから	
4. 現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
5. 食品、化粧品、薬品等アレルギーはありますか？	はい	いいえ	
アレルギーテストをしましたか？ いつ？	はい	いいえ	いつ
アレルギーの種類を教えてください。			
6. 下記で当てはまるものに○を付けてください。(複数可)			
ぜんそく 心臓病 てんかん 慢性的頭痛 肝炎 高血圧 低血圧 免疫系疾患 糖尿病皮膚炎 アトピー 花粉症 ヘルペス、日光アレルギー、化学物質アレルギー 食物アレルギー、動物アレルギー、白内障、緑内障、手湿疹、癌治療中、癌治療後 その他 :			
7. 身体の不調はありますか？気になるものに○をつけてください。(複数可)			
冷え 肩こり 目の疲れ 目のかゆみ 頭痛 腰痛 しびれ ほてり 動悸 下痢 疲れやすい めまい 食欲がない 口内炎 胃痛 イライラ 頻尿 残尿 便秘 下痢 月経不 順 PMS 性欲低下 性交痛 不眠 不安感 ドライアイ ドライマウス 耳鳴り その他:			

【食生活について】

8. 普段の食生活をお聞かせ下さい。	
お食事の回数(間食も含む)	回
普段のお食事の内容を教えてください。	
朝	
昼	
夜	
間食	
お水は一日にどのくらい飲みますか？	ml

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

9. 外食の頻度は週に何回くらいですか？	週	回
インスタント食品は週に何回くらい食べますか？	週	回
コンビニ食品は週に何回くらい食べますか？	週	回
ファーストフードは週何回くらい食べますか？	週	回

【生活習慣について】

10. 普段の睡眠時間は平均どのくらいですか？	時間		
11. 睡眠の状態について			
寝つきが良い	中々眠れない	眠れない	夜中に目が覚める
その他 気になること:			
12. 嗜好品について			
アルコール	飲む	1回の量 cc	飲まない
タバコ	吸う	一日の本数 本	吸わない
コーヒー等カフェイン	飲む	一日 cc	飲まない
お菓子	食べるのが好き	好きだけど控えている	食べない
一日に、どんなお菓子をどのくらい食べますか？			
辛いもの	好き	あまり食べない	きらい
しょうゆ味の食べ物	好き	ふつう	きらい
麺類は好きですか？	好き	あまり食べない	きらい
どちらが好きですか？	パン	ご飯	どちらも食べない
13. 運動はしますか？			
する	週 回	たまにする	しない
どんな運動をされますか？			
14. 排便について			
便のようすについて	毎日	一日おき	週 回
便秘の方は便秘解消のために心がけていることを教えてください。	固い	ふつう	やわらかい
15. ストレスについて			
どんな時に感じやすいですか？	とても感じる	感じる	感じない
ストレス発散のためにしていることは？			
16. ペットについて			
ペットは飼っていますか？	はい	いいえ	
種類			

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

17. ご自宅の床	カーペット	フローリング
	畳	その他

【お肌について】

18. アトピー以外のお肌のトラブルでお悩みはありますか？ トラブルの出る箇所、痒み、痛み、気になることなど詳しくご記入下さい。			
それはいつごろからですか？			
19. ご家族でアトピー性皮膚炎またはアレルギー（花粉症など）をお持ちの方はいますか？			
20.ご自身で感じる症状、状態や部位など詳しくご記入下さい。			
かゆみ			
痛み			
ジュクジュク			
乾燥			
赤み			
出血			
その他			
21.ステロイドの塗布や内服はありますか？	ある	ない	わからない
どのくらいの頻度でステロイドをもらいに行きますか？	頻度		
使用歴			
お薬名			
22.脱ステロイドをしたことがありますか？	ある	ない	
いつから？			
23. 普段のスキンケアに○をつけてください。			
朝 1.洗顔 2.化粧水 3.乳液 4.美容液 5.日焼け止め 6.その他_____			

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

夜 1.洗顔 2.化粧水 3.乳液 4.美容液 5.マスク 6.ピーリング 7.スクラブ 8.その他_____		
普段お使いのスキンケアメーカー		
お使いの、又は使ったことのあるグリーンスパハワイの商品		
これまでにスキンケアでお肌にトラブルが出たことがある方は、教えてください。		
24.メイクについて○をつけてください。		
メイクの頻度 する /週 毎日 あまりしない しない		
普段お使いのメーカー		
これまでにメイクでトラブルが出たことがある方は、教えてください。		
25.お使いの日用品について、普段お使いのメーカーを教えてください。		
シャンプー・リンス		
ヘアケア		
洗濯洗剤		
食器洗剤		
26.お風呂に入る時に気をつけている事はありますか？		
お風呂は湯船につかりますか？	はい	いいえ
27.汗が出やすいですか？汗をかくとかゆくなりますか？		
28.急に暑くなったり、寒くなったり、体温調節が難しいと感じる事はありますか？		

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

29.手足は冷えますか？ 冷え性だなと思いますか？
30.体を温めるために何かしていることはありますか？
31.ほかに気になることがありましたら、自由にお書きください。

ご相談内容と写真の使用について

グリーンスパハワイでは、皆様よりご提出いただいたお写真のおよびご相談内容を皆様と同じようにトラブル肌、敏感肌で悩んでいる方々への弊社の商品およびプログラムの改善事例としてご紹介のために使用させていただく場合がございます。

つきましては、弊社のホームページおよび SNS,パンフレット等で広告の目的でお写真、および問診票の内容を使用させていただくための許諾について、下記の中からお選びいただきチェックを付けてください。

- 写真、相談内容について 本名 で 紹介してもよい
- 写真、相談内容について イニシャル で紹介してもよい
- 写真、相談内容について 本人が特定できない形 で紹介してもよい

ありがとうございました。

グリーンスパハワイ
イゲット千恵子