

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	
お名前 (子供)		年齢 (子供)	
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。

【現在のお子様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. 食物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。			
5. 下記で当てはまるものに○を付けてください。(複数可)			
夜泣きがひどい いつもグズグズしている いつも掻きむしっている 抱っこすると顔を胸に擦る いつも暑い オムツかぶれしやすい よだれでかぶれる 頭皮が痒そう 睡眠時間短い 集中力がない キレやすい よく泣く 下痢 便秘 寝つきが悪い その他 :			

【食生活について】

6. 母乳中ですか？	はい	いいえ
7. 普段の食生活をお聞かせ下さい。(母乳中の場合はお母様)		
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	
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

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

ファーストフードは週何回くらい食べますか？		週 回	
お菓子	毎日食べる	時々食べる	ほとんど食べない
お菓子を食べる時	手作り	市販のお菓子	
好きなお菓子・銘柄			
8. お子様の排便について		毎日 回	一日おき 週 回
便のようすについて		固い	ふつう やわらかい
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。			

【生活習慣について】

9. 普段の睡眠時間は平均どのくらいですか？		(子供) 時間	
		(お母様) 時間	
10. 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:			
11. 嗜好品について(お母様)			
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
12. 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？			
13. お母様のストレスについて		とても感じる	感じる 感じない
どんな時に感じやすいですか？			
ストレス発散のためにしていることは？			

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

14. ペットについて			
ペットを飼っていますか？	はい	いいえ	
種類			
15. ご自宅について			
床の素材	フローリング	カーペット	畳
	その他 ()		

【お肌について】

16. 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？			
17. 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？			
18. 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			
19. 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			
20. 脱ステロイドをしたことがありますか？	ある	ない	

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

いつから？		
21. 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_____	
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。		
22. 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。		
身体を洗うもの		
頭を洗うもの		
手を洗うもの		
洗濯洗剤		
食器洗剤		
23. 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
入浴剤は入れていますか？	はい	いいえ
24. 汗が出やすいですか？汗をかくとかゆくなりますか？		
25. 暑くなると痒そうですか？	はい	いいえ
寒くなると痒そうですか？	はい	いいえ
衣類の素材で痒くなることはありますか？	はい	いいえ

グリーンスパハワイ アトピー相談問診票

26.手足は冷えますか？ 冷え性だなと思いますか？
27.体を温めるために何かしていることはありますか？
28.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