

コスメティックアキュパンクチャー 問診票

初診日 年 月 日

氏名 _____ 職業 _____

住所 _____

電話番号 _____

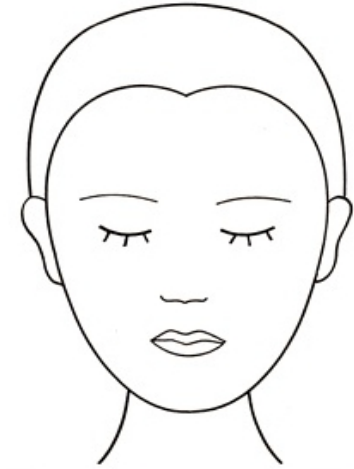
生年月日 (西暦) _____ 年 月 日 (歳)

紹介者 _____ 様

e-mail _____

治療経験の有無 (鍼灸 マッサージ エステ 整体 その他 _____)

* 現在、お顔のことで気になることは何ですか？右の図 (顔) にも記入して下さい。



* 普段どんなお手入れをしていますか？ _____

* 以下の当てはまる項目に○、記入して下さい

- ・ 本日体調が優れない
- ・ 急性のアレルギー症状が出ている
- ・ アルコール消毒で皮膚に反応が出たことがある
- ・ 顔面部に怪我や傷がある 部位 _____
- ・ 麻痺や痛みがある 部位 _____
- ・ 金属アレルギーがある 金属名 _____
- ・ 美容 (整形) の治療経験がある ある方は時期もご記入下さい
ボトックス注射 フェイスリフト レーザー治療 ケミカルピーリング
皮膚はくり手術 その他 _____
- ※シリコンなどを入れている場合は施術できませんので、必ず申告して下さい
- ・ 現在薬を服用・使用している (サプリメント、市販薬を含む)
製品名 _____
- ・ 重度の偏頭痛がすることがある
- ・ 過去に身体の手術・病気・怪我をしたことがある (年齢も) _____
- ・ 妊娠している
- ・ お通じは 快便 or 便秘 (日に 回)

- ・ 1日の睡眠時間 (時間)
- ・ タバコを吸う (日に 本)
- ・ お酒を週に2度以上飲む
- ・ 鼻が詰まることがよくある
- ・ ストレスを感じることもある _____

・ 歯の治療をしている 又はしていた (顎関節症を含む)
部位 _____

・ その他に気になること _____

* 美容鍼を行いどのような未来を希望しますか？

- ・ シワやシミ、むくみ目立たなくなれば良い
- ・ 友人や家族にキレイになった、若返ったと言われたい

その他 _____

同意書

20 年 月 日

鍼灸マッサージ師

私は、 様に対して、施術の目的、方法、合併症、起こりえる危険性について次のように説明致しました。

説明内容：美容鍼灸（美顔はり）について

美容鍼灸は、全身のバランスを整えながら、美顔ケアをすることによって体の中から本来の美と健康を導き出す、総合的な全身・美顔ケア法です。（当院で使用する鍼はすべて滅菌された使い捨て鍼です。）

美容鍼灸では、初めにデコルテマッサージを行い、デコルテラインの血液、リンパの流れを促進させます。次に全身調整の鍼灸治療を施しながら、美顔はりを行います。

美顔はりは、カウンセリングに基づき施術部位（ツボ等、鍼をする場所）を決定します。

15分程度置鍼した後、表情を柔らかくする作用のある温熱療法を施します。

美顔マッサージは、肩周辺、背部、首、頭皮にもマッサージを行います。またリンパの流れを促進するため、首、鎖骨周囲、大胸筋上部等のマッサージも行います。なお、体質等により、施術順序、内容が変化することがあります。

鍼灸は大学病院などでも取り入れられている統合医療の一つです。体質や生活習慣によっても効果の現れ方は異なり、変化には個人差がありますことをご了承ください。

また、持病をお持ちの方は、それに伴う反応が出る可能性があります。先に持病の治療を受けられることをお勧めします。

その他、施術前には判断不可能だった症状が現れることがあります。鍼をした際に、毛細血管などが傷つき、内出血や紫斑（青あざ）などが起こることがあります。その場合、10日間乃至2、3週間程度で消失することがほとんどですが、その期間内に消失しない可能性もゼロではないことにご留意ください。万が一内出血や紫斑（青あざ）が発生した場合でも、その間の不利益（仕事の休業、精神的苦痛など）の保証は致しかねます。

美顔はりにより神経損傷が起きる可能性はほとんどありませんが、これもその可能性はゼロではありません。施術中、鍼のひびき等を感じるがありますが、それは鍼特有の作用です。施術による血流改善、自律神経作用により、眠気、倦怠感（だるさ）を起こすことがあります。

安全に最善の注意を心がけ、豊かな時間とより美しい生活を支えるため最大限の施術をさせていただきます。

私は上記の説明を受け、同意しました。

20 年 月 日

ご署名 _____