

ホワイトニングカウンセリングシート

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ お名前	_____	生年月日	_____年 _____月 _____日
		電話番号	_____ - _____
住所	〒 _____ - _____		

安全で効果的なホワイトニングを行うため、以下の設問にお答え下さい。

■ 体調

良好

不調(胃腸・肝臓・腎臓・更年期・婦人系・妊娠中・授乳中・呼吸器・心臓・その他 _____)

※無カタラーゼ症の方は出来ません。

■ 生活状況

睡眠時間(平均____時間) ・ 睡眠の質(熟睡 ・ 浅い)

■ アレルギー

YES(種類: _____) ・ NO

■ 嗜好品

タバコ (1日 ____本)

よく飲むもの(アルコール含む) _____

お菓子 (多い ・ 少ない)

■ サプリメント ・ 健康食品 ・ 美容食品 ・ 漢方薬

■ 職業 _____