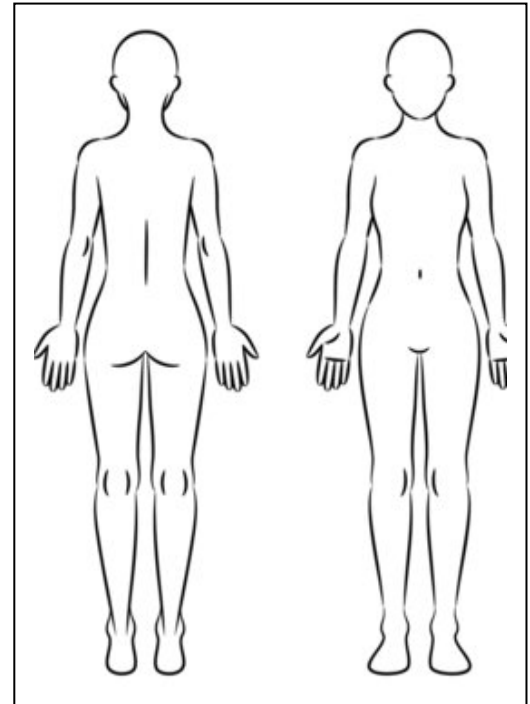


化粧品安心サービス ヒアリングシート

令和 年 月 日

ID		名前	
生年月日	年 月 日 (歳)	連絡先	— —
Mail			

- ご使用されたミライズ製品を全て教えてください。
※他社の使用している製品もあれば教えてください
・ミライズ製品 ()
・他社製品 ()
- ご使用された製品のパッチテストの結果を○で囲んで教えてください。
・症状なし
・症状あり (かぶれ・湿疹・かゆみ・赤み・痛み・腫れ・炎症)
・その他 ()
- ミライズ製品をご使用された日時、使用量、症状が出た日時を教えてください。
・使用日時： 使用量(例：2プッシュ程度)
・発症日時：
- 塗布した部位の症状を教えてください。
(例：顔全体、目元など)
- 症状が出ている部位を教えてください。(部位を○で囲んでください。)
・症状 (かぶれ・湿疹・かゆみ・赤み・痛み・腫れ・炎症)
・その他(症状の様子や変化：)
※症状が出た部位の画像は会社へ提出が必要です。
- 日常からご使用している外用薬・内服薬があれば教えてください。
- 診断された医療機関からの外用薬・内服薬を教えてください。
- 普段の肌質を○で囲んで教えてください。
・肌質 (乾燥肌・混合肌・脂性肌・普通肌・アトピー肌)
・その他 ()
- 過去に肌荒れしたこと(アレルギーも含む)があれば教えてください。
・なし
・あり ()
- 肌質改善などのスキンケアプログラム(他社製品履歴)の有無を○で囲んで教えてください。
・なし
・あり(製品名： 使用時期：)
- 症状が出た時の食事内容を教えてください。
- 症状が出た時の体調を○で囲んで教えてください。
・良好
・不調 (胃腸・肝臓・肝臓・更年期・妊娠中・呼吸器・心臓・睡眠不足)
・その他 ()



※既に医療機関での診断を受けられている場合は、医療費(診療代、薬代、診断書代等)の領収書を保管ください。
領収書等は会社へ提出が必要です。