

1-ONE- カウンセリングシート

氏名： _____

クリニック名： _____

執刀医名： _____

希望施術： _____

来院日： _____年____月____日

1. 施術部位の理想完成イメージ

【理想の顔写真（正面）】

写真を貼ってください
(正面)

【理想の顔写真（横顔：右）】

写真を貼ってください
（横顔：右）

【理想の顔写真（横顔：左）】

写真を貼ってください
（横顔：左）

【こだわりのある場所アップ写真①】

写真を貼ってください
（こだわりのある場所①）

上記の詳しい説明①

例：鼻翼が目と目の間に収まる。鼻孔がなめらかなカーブになっている。鼻先は小さく丸みがある など

【こだわりのある場所アップ写真②】

写真を貼ってください
(こだわりのある場所②)

上記の詳しい説明②

【こだわりのある場所アップ写真③】

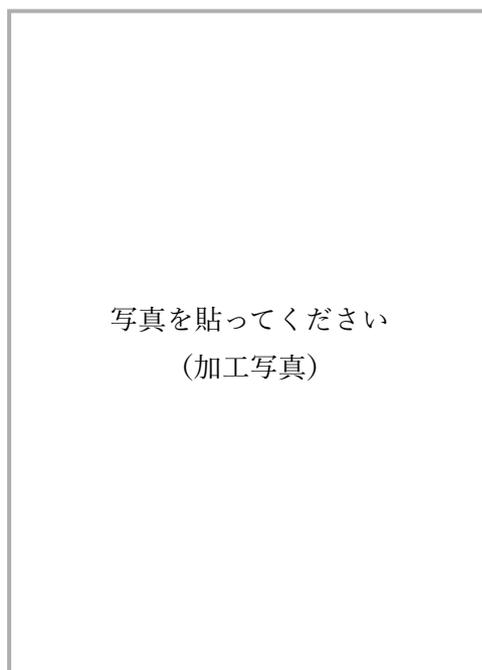
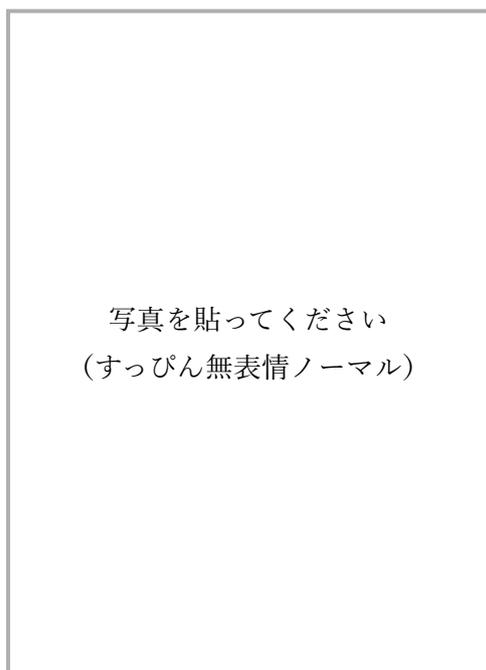
写真を貼ってください
(こだわりのある場所③)

最もこだわりのある部分の詳しい説明③

☑ 2. 実際の自分の顔と、アプリで加工した後の顔

【すっぴん無表情ノーマル写真】

【同じ写真の施術部位のみ加工した写真】



☑ 3.理想に似ているけどなりたくないイメージの写真

【理想に似ているけどなりたくないイメージの写真①】

写真を貼ってください
(理想に似ているけどなりたくない①)

理想とどう違うのかの詳しい説明① (例：がっつりタレ目にしたいが、その影響で
粘膜が常にでている状態にはなりたくない)

【理想に似ているけどなりたくないイメージの写真②】

写真を貼ってください
(理想に似てるがなりたくない②)

理想とどう違うのかの詳しい説明②

【理想に似ているけどなりたくないイメージの写真③】

写真を貼ってください
(理想に似てるがなりたくない③)

理想とどう違うのかの詳しい説明③

☑ 4.失敗だと思ってしまうような「絶対になりたくないイメージ」の写真

【絶対になりたくないイメージの写真①】

写真を貼ってください
(絶対なりたくない①)

写真のようなデザインになってしまう理由 (メモ)

写真のようなデザインになってしまう可能性があるか Yes or No

可能性がある・ない理由 (メモ)

【絶対になりたくないイメージの写真②】

写真を貼ってください
(絶対なりたくない②)

写真のようなデザインになってしまう理由 (メモ)

写真のようなデザインになってしまう可能性があるか Yes or No

可能性がある・ない理由 (メモ)

【絶対になりたくないイメージの写真③】

写真を貼ってください
(絶対なりたくない③)

写真のようなデザインになってしまう理由 (メモ)

写真のようなデザインになってしまう可能性があるか Yes or No

可能性がある・ない理由 (メモ)

☑ 5.執刀医への質問・確認・回答

1. 私の理想に近い先生の症例写真を見せていただけますか？
2. 私の理想に近づける場合、施術リスクは高くなりますか？
3. 私の理想を踏まえたうえで、他にもっと適している施術はありますか？
4. ダウンタイム中に表情へ影響が出るのは、大体何日くらいですか？
5. 施術箇所の範囲や量、大きさによってダウンタイムの期間はどれくらい変化しますか？
6. 先生のご判断で、私にこの施術は本当に必要だと思われませんか？

7. 先生が得意とされているデザインと、私の理想は近いでしょうか？

8. このカウンセリングシートを、施術中に先生が見られるように掲示して
いただけますか？

9. もし修正が必要になった場合、追加の費用やアフターサービスは
どのようになっていますか？

☑ 6.次回までに調べてくること、メモ

- ・
- ・
- ・
- ・