

【送信先】お客様相談室 FAX:0551-36-6008／メール:arsoa-support@arsoa.co.jp 〈記入例〉

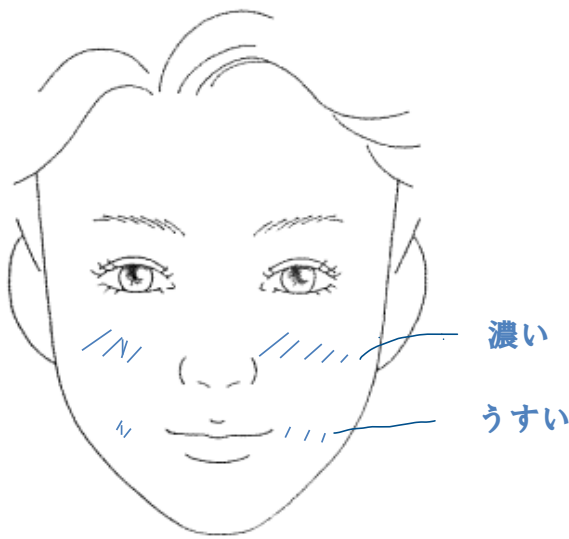
※ウェルネスコンシェルジュへ直接ご連絡の場合⇒FAX:03-3499-3691／メール:wellness-concierge@arsoa.co.jp

記入優先順位:1.太字網掛け 2.太枠内 3. 他、できる限りご記入ください。

1枚目

*は選択項目です。○を付けてください。 記入日: 2023 年 7 月 10日

(気になった)製品名①	メイクの場合は色番号(or色の系統)も アルソアセルローション アルソアクレイバック		相談を受けた日	7 月 10 日		受付方法*	対面・電話・FAX メール・その他
①の使用開始日	6 月 1 日～		症状発生日	6 月 10 日～			
当事者 (発症した人)	氏名	山田 春子 (カナ: ヤマダ ハルコ)		年齢	43 才	性別	男・女○
	電話番号	0551-12-●●●●		住所: 北杜市小淵沢町▼▼▼			
販売組織名	BC	小淵沢 町子		地区本部	アルソア北杜		
	販社	アルソア山梨		担当者	佐藤 花子		
回答連絡先	氏名	アルソア山梨・佐藤		当事者との関係*	販売員・直上販売組織・家族・他()		
	連絡先	(TEL:055-222-▲▲▲▲)					
お申し出の概要	(いつ何を使い、どの部位がどのようになったか。一番ひどかった時の様子もお知らせください) 6月からセルローションとバックを使い始めた方。使い始めて10日目くらいに、いつものようにローションを重ね付けしていると頬の部分が赤くなるようになったとのこと。頬以外は大丈夫と。それから一週間ほどして、ローションをつけると頬の部分がヒリヒリするようになったので、手持ちの薬(以前お子様用に皮膚科で貰ったもの)を使ったら良くなったそうです。バックは毎日している様子。						
受診*	有・無○	受診日:	月 日	診断書:	有・無・未確認 皮膚科・その他()		
		診断書: 有 (医師コメント:)・ 無					
薬*	有・無○	処方薬・市販薬・その他(薬名)⇒ キンダベート				使用期間: 6月17日～時々	
現在の状態*	変化なし・悪化傾向・改善傾向・その他(良くなったり、赤みがでたりの繰り返し)				症状継続期間	日 4 週間	
使用中止*	(現在) 中止している・していない(理由: 本人が使用したいと希望)				中止した日	月 日	
症状*	①赤み ②ほてり ③腫れ ④むくみ ⑤かゆみ ⑥痛み ⑦しみる ⑧皮剥け ⑨ザラザラ ⑩ニキビ ⑪かさぶた ⑫ただれ ⑬つっぱり ⑭湿疹 ⑮水疱 ⑯膿疱 ⑰丘疹 (ブツブツの大きさ) 下痢・便秘・胸やけ・眠気・のどの渇き・動悸・息切れ・めまい・腹痛・腰痛・関節痛・脱毛・白髪・フケ・その他()						
症状発生時の併用製品(他社品含む)	AQS セルエッセンス SPプレベア シルキーパウダーファンデーション						



バック使用时・・・特に違和感ないが
最近では直後に赤みが出る時あり

セルローション・・・重ねると赤み
ピリッとする事もある

*は選択項目です。○を付けてください。

クレイバックキャップの直径くらい

2枚目

<化粧品の場合> ①の使用頻度・量	使用量(1回あたり): 適量 / 頻度: 週6日 / 使用部位: 全体or部分(少し長め(5分くらい))
	使用タイミング*: 朝 回 ・夜 1 回 ・その他(ほとんど毎日 夜にパック使用)
	使用順序: AQS→クレイバック→セルローション(3〜4回重ねづけ)→セルエッセンス(2プッシュ)
<健康食品の場合> ①の摂取頻度・量	摂取量(1回あたり): (日あたり): 回
	摂取タイミング*: 朝・昼・夜 / 食前・食間・食後・その他() / 毎日・()日おき
発症時の健康状態	特に気になることはない
肌質*	乾燥肌 ・ 脂性肌 ・ 普通肌 ・ 混合肌 ・ 敏感肌 ・ アトピー
既往歴 体質など*	もともと治療中の疾患: 有() ・ 無 その他(たまに敏感になる時がある)
	アレルギー(有) アトピー・花粉症・紫外線・金属・食品() ・ 無
過去に同症状の経験*	(有) ・ 無 ・ 未確認 ・ 他()
使えない製品・成分	他社製品でブツブツが出たことがあるが、何の成分が合わなかったのかわからない

対応経緯

4月〜 AQS使用開始
何度かクレイバックと化粧水のサンプルお渡しして、お試しいただく

6/1 「すごく肌の調子がよい」と喜んでおられ、2品(パック 化粧水)を
まとめて2本ずつ購入
忙しい方で次の約束を1カ月後にと希望される

7/10 お会いしたら ほほに赤みあり
使い方確認すると、パックを気に入られて毎日使用されていたとのこと
セルローションがしみるようになり、手持ちの薬を使用して
症状→改善を繰り返されたとのこと

一旦中止を案内するも「使いたい」とおっしゃるが、どのように対応したらよいか？

備考欄

・普段飲んでいるお薬はこちらにご記入ください。お薬手帳など薬の詳細がわかる資料があればあわせてお送りください。
・折り返し時間のご希望があればご記入ください。(ご希望に沿えない場合もございます)