

【送信先】お客様相談室 FAX:050-3153-1483／メール:arsoa-support@arsoa.co.jp

※ウェルネスコンシェルジュへ直接ご連絡の場合⇒FAX:050-3156-2281／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: 年 月 日

(気になった) 製品名①	マイクの場合は色番号(or色の系統)も		相談を受けた日	月 日	受付方法*	対面・電話・FAX メール・その他
①の使用開始日	月 日～		症状発生日	月 日～		
当事者 (発症した人)	氏名	(カナ: )		年齢	才	性別*
	電話番号			住所:		
販売組織名	BC			地区本部		
	販社			担当者		
回答連絡先	氏名 連絡先 (TEL: )			当事者との関係*	販売員・直上販売組織・家族・他( )	
お申し出の概要	(いつ何を使い、どの部位がどのようにになったのか。 <u>一番ひどかった時の様子</u> もお知らせください)					
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: )				
薬*	有・無	処方薬・市販薬・その他(薬名)⇒			使用期間: 月 日～	
現在の状態*	変化なし・悪化傾向・改善傾向・その他( )				症状継続期間	日 週間
使用中止*	(現在) 中止している・していない (理由: )				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 (ヅツヅツの大きさ ) 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)						



【送信先】お客様相談室 FAX:050-3153-1483／メール:arsoa-support@arsoa.co.jp

※ウェルネスコンシェルジュへ直接ご連絡の場合⇒FAX:050-3156-2281／メール:wellness-concierge@arsoa.co.jp

**送信時、番号のお間違いにご注意ください。**

\*は選択項目です。○を付けてください。

2枚目

<化粧品の場合> ①の使用頻度・量	使用量(1回あたり): ／頻度: ／使用部位:全体or部分( )
	使用タイミング*:朝 回 ・夜 回 ・その他( )
	使用順序:
<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	
肌質*	乾燥肌 ・ 脂性肌 ・ 普通肌 ・ 混合肌 ・ 敏感肌 ・ アトピー
既往歴 体质など*	もともと治療中の疾患:有( )・無 その他( )
	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	

対応経緯

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)