

【送信先】お客様相談室 FAX:0551-36-6008／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:03-3499-3691／メール:wellness-concierge@arsoa.co.jp

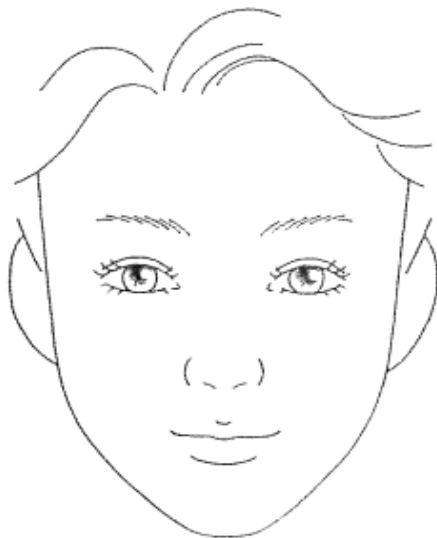
記入優先順位:1.太字網掛け 2.太枠内 3. 他、できる限りご記入ください。

1枚目

\*は選択項目です。○を付けてください。

記入日: 年 月 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		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なったのか。一番ひどかった時の様子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: )・ 無				
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 (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)						



※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

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 体質など*	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)	

**ヒアリングシート 項目説明**  
 網掛け部分は必須、太枠内は優先して聴取していただきたい項目です

項目	説明
（気になった）製品名①	<u>この製品</u> がきっかけで症状が出たのでは？と推測される、気になった製品名。 複数あれば併記を。色物の場合は色番号も必須。
相談を受けた日	今回の申し出、相談を最初に受けた日
受付方法*	当事者から相談を受け、詳細を確認した方法
①の使用開始日	きっかけではないかと推測する製品の使用を開始した日
症状発生日	症状発生に気づいた日、後日になり「あの日からだった」と思う日
当事者	症状を発症した本人のこと。フリガナ、年齢も確認の上、性別とあわせ記入
電話番号	日中に連絡がつく電話番号（携帯など） 場合により、本社から直接連絡するかもしれない旨、ご案内ください。
住所	〇〇県・〇〇市または〇〇町まで記入
販売組織名：担当者	販社または地区本部のオーナー以外の場合、担当者氏名を記入
回答連絡先	本社からの回答連絡先の氏名と電話番号を記入
当事者との関係*	回答連絡先は当事者とのどのような関係にある人なのか。 直接の販売者、直上組織、（当事者の）ご家族、他（具体的に）
お申し出の概要 （いつ何を使い、どの部位が どのようになったのか）	使用きっかけ、何をどのように使い、どの部位に、使用後どのくらいの時間経過後にどのように症状が出たのか。その症状がどのくらいの期間続いているのか。
【記入例】	メイク製品を切り替えてから、洗顔後頬の部分を中心に顔全体に赤みや腫れが強くなった。一旦使用を止め、2～3日後元通りになってから再度使うとまた同じ症状が出たのでどうしたものか気になり相談した。
受診*	本社に連絡時点での受診の有無を <b>できる限り確認</b> の上記入
受診日	受診した日を記入、複数回受診の場合は併記を。明確な日付が不明な場合は、右側の空欄に「およそ〇月〇〇ごろ」と記入
診断書*	有無を確認し、ある場合は診断書の原本を相談室まで送付ください。ない場合、医師のコメントがあれば記入
薬*	今回の受診により処方された薬・市販薬・その他（手持ちの薬など） 薬名・用量などをできる限り詳しく記入
薬の使用期間	いつから使用しているのか、日付・時期や頻度を記入
現在の状態*	症状発生当初と比べて、本社へ報告時点の状態は？症状の変化につき確認し記入
症状継続期間	症状が継続している期間、または時間
使用中止*	製品の使用を中止しているか否か。していない場合、その理由を具体的に記入
中止した日	中止した日付
症状*	該当するものすべてに○を付け、該当が無い場合は3行目の（ ）に記入 ⑰の後の（ ）には、ブツブツの大きさ（例：粟粒程度、1センチ大など）を記入 部位は下段のイラストを使い、症状欄の番号または文言を用いて記入
症状発生時の併用製品	症状がでたときに使用していた①製品以外のアルソア製品、他社製品もわかれば製品名を記入
製品①の使用（摂取）頻度・量	タイミング詳細を聴取し化粧品、健康食品該当する枠に記入。複数ある場合は製品名も 使用順序：スキンケアから、その後のメイクアップ品まで使用製品はすべて記入
発症時の健康状態	体調、季節的要因、ストレス、ダイエットの有無など気になることがあれば記入
肌質*	選択してください。特記すべき内容があれば右側の空欄に記入
既往歴・体質など*	もともと治療中の疾患がある場合は、疾患名。アレルギーがある場合は具体的なアレルゲン名を記入
過去に同症状の経験*	あり・なしを確認し、ある場合はいつごろ、どのような製品でどのような症状があったのかを記入
使えない製品・成分	明確であれば具体的な製品や成分名称などを記入
対応経緯	相談が入ってから、面談ややりとり等を自由に記入
備考欄	本社への伝達事項（普段飲んでる薬の種類：お薬手帳があれば別紙添付、折り返し希望時間など）

\*は選択項目です。／用紙だけでは足りない場合、別紙にご記入のうえ、あわせて送信ください。