

فرم سلامت پوست

نام و نام خانوادگی:	تلفن همراه:	نام معرف:
شغل:	تاریخ تولد:	تاریخ مشاوره:
محل سکونت(شهر یا استان):	ایمیل:	تاریخ تحویل محصول:

ستون اول:

با پاسخ دادن به سوالات زیر به مشاورتان کمک کنید تا اطلاعات صحیح تر و مفید تری برای حل مشکلاتتان در اختیار شما قرار دهد:

۱- نوع پوستتان چیست؟	الف) خشک	ب) چرب	پ) مختلط	ت) نرمال	ث) حساس
۲- آیا برای پوست خود دارو مصرف میکنید؟	الف) بلی	ب) خیر			
۳- آیا بوتاکس انجام دادید؟	الف) بلی	ب) خیر			
۴- آیا کواژزیم کیوتن را میشناسید؟	الف) بلی	ب) خیر			
۵- آیا تمایل به انجام بوتاکس دارید؟	الف) بلی	ب) خیر			
۶- آیا تا به حال روتین شب و روز داشتید؟	الف) بلی	ب) خیر			

ستون دوم: (روتین ها)

در یک سال گذشته از کدام محصولات استفاده کردید؟			
الف) ژل شستشو صورت	ب) کرم روز	پ) کرم شب	ت) کرم دور چشم
ث) انواع لایه بردار	ج) ضد آفتاب	چ) شامپو بدن	ح) انواع سرم ها

ستون سوم: (پوست صورت)

کدامیک از نگرانی یا نیاز اصلی پوست صورتتان است؟			
الف) لک روی پوست	ب) تیره بودن پوست	پ) ماسک بارداری روی پوست	
ت) جوش های التهابی	ث) جوش زدن بعد از اصلاح	ج) جوش زدن بر اثر خشکی پوست	
چ) جوش های سر سیاه	ح) منافذ باز بزرگ یا کوچک	خ) فرورفتگی ناشی از جوش	
د) خشک شدن بعد از اصلاح	ذ) پوسته پوسته شدن در سرما	ر) خشکی و ریز خط های دور لب	
ز) خط اخم و چروک پیشانی	ژ) خط لبخند	س) احساس افتادگی و شل شدن پوست	
ش) پیشگیری از شل شدن پوست	ص) پف دور چشم	ض) تیرگی و سیاهی دور چشم	
ط) ایجاد چروک های دور چشم			

ستون چهارم: (پوست بدن)

کدامیک از نگرانی یا نیاز اصلی پوست بدنتان است؟			
الف) خشک شدن پوست دست	ب) خشک شدن پوست بدن	پ) بیماری اگزما یا پسوریازیس	
ت) حساسیت پوست بعد از اصلاح	ث) جوش زدن پوست	ج) افتادگی پوست بدن یا سینه	
چ) افتادگی شکم	ح) ترک های نازک بارداری	خ) ترک های بعد از چاقی	
د) چاقی موضعی (پهلوشکم، سینه، بازو، ران)	ذ) تیرگی های موضعی	ر) بوی عرق	
ز) بوی بدن	ژ) بوی پا	س) ترک پا	
ش) احساس خشکی، خارش و سوزش در ناحیه تناسلی			

کدام یک از محصولات رو استفاده میکنید؟		
الف) ارزان و متنوع	ب) مدرن و مطابق روز	پ) تخصصی و با کیفیت

امیدوارم که این اطلاعات هرچند کوتاه بتواند شادابی و سلامتی را برای شما به ارمغان بیاورد