

Counseling sheet (無料カウンセリング)

sheet No.

年 月 日 担当者:

本日はご来店ありがとうございます。安心してトリートメントをお受け頂く為、下記のご記入をお願い致します。

フリガナ お名前	様	生年月日	年 月 日 (歳)
〒 ご住所			
TEL/携帯		メールアドレス	
ご職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()			
ご来店の きっかけ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ご紹介(様) <input type="checkbox"/> その他()			

食生活について、下記質問で該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> と必要事項をご記入下さい。			
食事回数	<input type="checkbox"/> 朝昼夜3回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 不定回数 <input type="checkbox"/> 間食(回)
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒(回/週)	<input type="checkbox"/> コーヒー(杯/日)	<input type="checkbox"/> タバコ(本/日)
	<input type="checkbox"/> その他()		

■健康状態について

①現在、もしくは過去に下記に該当する病気がありますか？

- 日光アレルギー ケロイド体質 高血圧症 心臓障害(ペースメーカー)
アトピー性皮膚炎 てんかん 糖尿病 皮膚疾患
感染症 急性疾患 血液の病気 その他アレルギー
その他病気もしくは疾患 ()

・該当する方は、現在も治療を受けていますか？

- いいえ はい (年 ヶ月位)

・治療中の方は、現在常用されている薬がありましたらご記入下さい。

薬の種類・名前 ()

②以前、エステを受けての皮膚トラブル、化粧品でのアレルギーがおきたことはありますか？

- いいえ はい (場所) (原因)

④その他、医師に注意を受けていることや、体質的に気になることがありましたらご記入ください。

{ }

裏面にも続きがありますので、ご記入お願いします。

■ 施術について

① 現在、ムダ毛を自己処理をされていますか？

はい いいえ

・はいの方は、自己処理の方法と箇所を教えてください。

方法 剃る 抜く ワックス・テープ 脱色
 家庭用脱毛機 その他 ()

箇所 全身 上半身 下半身 顔 VIO その他 ()

・自己処理によるトラブルはありましたか？

はい いいえ

・はいの方は、どのようなトラブルがありましたか？

毛穴が目立つ 埋没毛 毛穴がブツブツする 炎症・赤み
 痒み・かぶれ その他 ()

② 今までサロンや医療機関などで脱毛の施術を受けたことはありますか？

はい いいえ

・はいの方、それはいつ頃ですか？

1～6ヶ月前 半年～1年前 1～2年前 2年以上前

・その時の脱毛方法は何でしたか？

光 (IPL・フラッシュ) レーザー ニードル ワックス
 不明 その他 ()

・その時の脱毛箇所を教えてください。

全身 ヒゲ 上半身 下半身 VIO ワキ うで 足
 顔 お腹 背中 その他 ()

③ 現在、希望する脱毛の方法は決まっていますか？

スタッフによる美肌脱毛 セルフ脱毛 まだ決まっていない

④ 無料カウンセリングで不要な説明がありましたらチェックをお願いします。

- 脱毛のメカニズム (毛周期)
- 当サロンで使用している脱毛機械の紹介
- IPL脱毛に関して
- 脱毛メニューの紹介
- Before After
- 費用
- 効果を高める方法
- デザイン脱毛に関して

⑤ 現在、脱毛を行いたい箇所を教えてください。

【コース】 全身 ヒゲ 上半身 下半身 VIO

【部位】 ワキ 膝下 膝上 肘下 肘上
 背中 腰 腹 胸 Vライン Iライン Oライン
 顔 手指 足指 襟足 その他 ()

・仕上がりのご希望がありましたら教えてください。

ツルツルにしたい 目立たない程度に減らしたい
 デザインを行いたい その他 ()

⑥ 脱毛に関し、気になる点がありますか？

施術期間 費用 痛み 皮膚トラブル
 その他 ()

⑦ 質問、要望がありましたらお願いします。

()

*個人情報に関する法令を遵守し、お客様よりお預かりした個人情報を適切に管理致します。
ご記入ありがとうございました。お客様のご希望に添える様に誠心誠意対応させていただきます。