

カウンセリングシート

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
お 名 前		電話番号	— —
自宅ご住所	〒	ご 職 業	会社員・会社役員・パート・自営業 主婦・学生・その他()
		DM送付	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO
Mailアドレス		未婚 ・ 既婚 (年) ご出産経験 有 ・ 無	

【当サロンは何でお知りになりましたか】

☐ 紹介 (ご紹介者様) ☐ ホームページ
☐ 雑誌 () ☐ その他 ()

※太枠内は必ずご記入ください。

該当するものをお選びください

☐ 肝炎 ☐ 糖尿病 ☐ ペースメーカー使用及び心疾患 ☐ ホルモン系疾患・ピル服用
☐ てんかん ☐ 橋本病 ☐ 伝染病疾患 (HIV・B・C型肝炎) ☐ 甲状腺疾患
☐ 金属アレルギー ☐ 日光アレルギー ☐ アトピー性皮膚炎
☐ ケロイド体質 ☐ 刺青、タトゥー
☐ 現在妊娠中または1年以内に妊娠の可能性
☐ 口内炎、ヘルペス ☐ コラーゲン注入等、美容整形 ☐ 花粉症
☐ 現在治療中 (病名) ☐ 現在服用中 ()

【現在の自己処理方法】

☐ YES ・ ☐ NO

YESの方は、どこを () どのような方法で ()

【自己処理後のトラブルで該当するものに○をお付けください】

(赤味 ・ 乾燥 ・ かゆみ ・ ヒリヒリ感 ・ ブツブツ ・ 埋もれ毛 ・ 色素沈着 ・ 化膿)

【脱毛サロンのご経験】

箇 所 () / 回数 (回)

【クリニック・皮膚科に通われていたご経験】

箇所・症状 () / 期間 (ヶ月)

【ご希望】

いつまでに (年 月までに が になりたい)

【毛周期はご存知ですか】

☐ YES ・ ☐ NO