

カウンセリングシート

— 脱毛について —



ご来店日 年 月 日

フリガナ	生年月日、年齢
お名前	年 月 日(満 才)
住所 〒	電話 携帯番号
●職業【会社員・自営業・主婦・パート・アルバイト・学生・その他()】	
●エステサロンのご経験【なし・あり・現在も通っている(施術メニュー：)】	
●今回ご来店いただいたきっかけ【ネット検索・SNS・紹介(紹介者様：)】	

施術の参考にさせて頂きたく、下記にご記入ください。

■脱毛のご経験【なし・あり(全身、顔、腕、わき、あし、背中、VIOライン)】

■その他メニューのご経験【なし・あり(痩身・フェイシャル・整体・カイロ・その他()】

■既往症【なし・あり(病名：)】

■常備薬【なし・頭痛薬・胃薬・便秘薬・血圧降下剤・抗うつ剤・アレルギー薬・その他()】

■健康状態【良好・普通・悪い】

■睡眠状態【良好・普通・悪い】

■現在病院での治療を受けていますか？【いいえ・はい(病名)】

■服用中の薬はありますか？【いいえ・はい(薬の名称)】

■アレルギーはお持ちですか？【いいえ・はい()】

■お酒は飲めますか？【いいえ・はい(毎日・週____回・月____回)】

■タバコは吸われますか？【いいえ・はい(1日____本)】

■現在の肌の悩みをお聞かせください

■ムダ毛の気になる箇所はどちらですか？

【顔・うで・わき・胸・お腹・うなじ・背中・お尻・あし・VIOライン】

■ムダ毛の処理方法

【剃る・抜く・脱色・ワックス・脱毛サロン・医療脱毛・何もしない・

その他()】

■自己処理の頻度【毎日・週____回・月____回・ほぼしない】