

WAX 脱毛カウンセリングシート

フリガナ
名前

(男・女)

生年
月日

年

月

日

(歳)

〒

住所

TEL.

MAIL.

※この個人情報は当サロンで厳重に保管されております。第三者に提供されることはありません。

ご来店のご動機	<input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> ホットペッパー <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> アプリ <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者様) <input type="checkbox"/> その他 ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品・植物・金属・薬・日光・ゴム・化粧品 アトピー・アルコール・その他 ()

1. ご希望の脱毛部位をご記入ください。

【

】

2. 脱毛の経験はございますか? いいえ / はい

▷はいの方は、脱毛の時期・種類・箇所を教えてください。

1週間以内 1ヶ月以内 半年以内 半年以上前 (年頃前)

ワックス フラッシュ 医療レーザー その他 ()

脱毛箇所 【

】

3. 施術箇所の自己処理はしていますか? いいえ / はい (いつ頃:)

4. 施術箇所のお肌の状態で気になる症状はありますか? いいえ / はい

かぶれ かゆい にきび、腫れ物 傷、炎症 いぼ、ほくろ

その他 ()

5. 消毒液類のアレルギー反応がでたことはありますか? いいえ / はい (消毒液名:)

6. 現在、服用中のお薬はありますか? いいえ / はい (薬名:)

7. 【VIO 脱毛の方のみ】性病または、感染症などにかかったことはありますか? いいえ / はい
(いつ頃:) (病名:)

8. 【女性の VIO 脱毛の方のみ】生理前ですか? いいえ / はい

9. 気になることや相談したいことなどありましたらご自由にお書きください。