

Counseling Sheet

NO.

| | |
|-----------------------|--|
| 本日のメニューは？ | <input type="checkbox"/> まつ毛エクステ <input type="checkbox"/> まつ毛カール <input type="checkbox"/> その他 () |
| 本日のメニューのご経験はありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→その際トラブルや満足できなかったことがあれば教えて下さい () |
| 理想の仕上がりイメージはありますか？ | <input type="checkbox"/> キュート <input type="checkbox"/> クール <input type="checkbox"/> ボリュームミー <input type="checkbox"/> ナチュラル <input type="checkbox"/> その他 () |
| 施術後のご予定はありますか？ | <input type="checkbox"/> 無(普段使い) <input type="checkbox"/> 結婚式 (月 日) <input type="checkbox"/> その他イベント (月 日) |
| 本日の体調はいかがですか？ | <input type="checkbox"/> 好調 <input type="checkbox"/> 不調→どんな不調ですか？ () |
| まつ毛やお目元にトラブルはありませんか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → どんなトラブルですか？ () |
| 本日はコンタクトレンズを使用していますか？ | <input type="checkbox"/> 普段から使用していない <input type="checkbox"/> 今使用している <input type="checkbox"/> 普段は使用しているが今は使用していない <input type="checkbox"/> 時々使用する |

| | |
|------------|--|
| 肌質 | <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 脂性 <input type="checkbox"/> 混合 |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (<input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 花粉(春・夏・秋・冬) <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬品 <input type="checkbox"/> その他()) |
| 美容整形/レーシック | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (半年以内の施術箇所 年 月 日) |
| クレンジング | <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用→ (<input type="checkbox"/> ジェル <input type="checkbox"/> オイル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ローション <input type="checkbox"/> 拭取りシート) |
| まつ毛ケア | <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用→ (メーカー又は商品名 <input type="checkbox"/> 育毛剤 <input type="checkbox"/> 美容液 <input type="checkbox"/> その他) |
| ビューラー | <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用→ (<input type="checkbox"/> ビューラー <input type="checkbox"/> ホットビューラー) |
| マスカラ | <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用→ (メーカー又は商品名 <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ボリューム <input type="checkbox"/> その他) |
| 眼鏡・サングラス | <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用→ (眼鏡・サングラス : <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 毎日必要時 <input type="checkbox"/> たまに) |

| | |
|-----------------|---|
| 当店をなにで知りましたか？ | <input type="checkbox"/> 紹介 (様) <input type="checkbox"/> 予約アプリ () <input type="checkbox"/> SNS () <input type="checkbox"/> その他 () |
| ご案内をお受け取り頂けますか？ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES (メール・郵便) |

【個人情報の取り扱いについて】お客様から頂いた個人情報は施術や提案、連絡業務等当社内でのみ使用し第三者に情報を提供する事はございません。また取扱いや保管には厳重に行います。但し、行政等から開示要請などがあった場合には原則お客様にご了承を得た上で指示に従います。

ご確認・ご署名

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|----------|----|---|---|---|
| 本紙に記載の内容、カウンセリングを理解し施術を希望します。 | | 年 | 月 | 日 | | |
| お名前 | フリガナ | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| | ----- | | | | | |
| 住所 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 都道 | 市区 | | | |
| | | 府県 | 町村 | | | |
| ※建物名(マンション名等)、部屋番号まで記入してください | | | | | | |
| 電話 | | メール | | | | |
| | | SNSアカウント | | | | |