

Eyelash Counseling Sheet

フリガナ		生年月日
お名前	様	年 月 日 歳
ご住所	〒 ー	
ご連絡先		DM送付 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
メール		SNSアカウント

●まつ毛エクステの経験	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 経験あり → トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 内容・症状 ()
●まつ毛カールの経験	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 経験あり → トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 内容・症状 ()
●お客様のまつ毛の状態	<input type="checkbox"/> 短い <input type="checkbox"/> 切れてる <input type="checkbox"/> 抜けてる <input type="checkbox"/> 逆さまつ毛 <input type="checkbox"/> 細い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> クセがある <input type="checkbox"/> 痛んでいる
●現在の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調 (理由)
●まぶた・皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調 (理由)
●半年以内のレーシック手術の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃)
●半年以内の目元の美容整形・アートメイクの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃)
●コンタクトレンズの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ソフト ・ ハード)
●フェイシャルエステの利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
●イベント (ブライダル・発表会・旅行)のご予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
●アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 【花粉症・喘息・食物・薬・化粧品・金属・他 ()】
●アルコール (消毒剤)・接着剤 (アイプチ、つけまつ毛用)・テープ (絆創膏、湿布)で肌がかぶれた経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
●当てはまる肌質タイプ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 脂性 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 敏感 <input type="checkbox"/> 混合
●ライフスタイルについて	
・ビューラー	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用 (ビューラー・ホットビューラー)
・マスカラ	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用 (ウォータープルーフ・お湯で落ちるタイプ)
・アイライン	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用 (ペンシル・リキッド・ジェル・パウダー)
・クレンジング	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用 (ジェル・オイル・クリーム・ローション・拭取りシート)
・まつ毛美容液	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用 (メーカー:)
●目元について、ご希望のイメージや気になる事がございましたらご記入下さい。	

【特記事項】お客様の体質・皮膚状況により、ツィザーの金属成分・テープ・グルー・リムーバー・その他専用の化粧品等に含まれる化学物質等の影響のため皮膚炎を起こす恐れがございます。特にアレルギー体質の方は、体調や季節によって瞼や目元周辺が敏感になり、痒くなる場合がございます。その際にまつ毛エクステを装着いたしますと、皮膚炎等が生じる可能性がございますので、装着をお控え頂くようお願いしております。まつ毛エクステを装着後、身体に何らかの違和感を生じた場合は、直ちに専門医にご相談下さいませ。

●パッチテストを希望しますか？ (片目3〜5本程度ずつ装着をして違和感がないか24〜48時間経過観察をさせていただきます) No Yes

◆上記の内容をお読み頂きましたらご署名をお願いいたします。◆ 年 月 日 ご署名

《個人情報利用目的について》当サロンでは、個人情報保護法により定められた法令および、その他の規範を遵守し、お客様の大切な個人情報の保護に万全を尽くします。本書面にて取得した個人情報は、①お客様データの管理 ②各種問合せ、確認事項 ③メールマガジン・DMの送付、商品の発送等 において適正に取扱いさせていただきます。