

来店日 年 月 日 西暦で記入 NO,

フリガナ				生年月日
氏名				年 月 日 才
フリガナ				
住所	〒			
自宅電話	( ) -	携帯電話	( ) -	
勤務先			mail アドレス	
職業	会社員・自営・パート・アルバイト・主婦・学生・家事手伝い・無職・その他			
DM	可・不可	送り先	自宅・勤務先・その他( )	

★  
必須

■当サロンを利用しようと思ったきっかけは何ですか？

- ホットペッパー HP チラシ インスタ  
ブログ フェイスブック その他 ご紹介( )様

★  
必須

■脱毛サロンの経験はありますか？

- Yes No (お試し体験は？ Yes No) サロン名( )  
◆脱毛方法は？ ( 光脱毛 医療レーザー ニードル その他 )  
◆脱毛箇所は？ ( )  
◆脱毛期間は？ ( 年 月 頃 ~ 年 月 頃まで 計 回 )  
◆現在の状況は？ ( 全く気にならない ほぼ気にならない 多少気になる とても気になる )  
◆費用は？ ( )  
◆感想は？ ( )

■現在、又は過去において経験のある事柄をご記入ください

- 糖尿病 肝臓病 心臓病 ぜんそく ケロイド体質 ピル アレルギー体質  
皮膚炎 伝染病 腎臓病 てんかん アトピー性皮膚炎 豊胸 血液の病気  
X線治療 紫外線(日光)アレルギー 副交感皮質ホルモン剤使用 刺青 その他  
いつ頃？ ( )

■服用されている、もしくはたまに服用するお薬はありますか？ Yes No

- 風邪薬 抗生物質 アレルギー抑制剤 精神安定剤 利尿剤 その他  
薬名は？ ( )

■月経周期をご記入ください

- 順調(周期 日) 不順( 日 ~ 日) 閉経

■肌質についてご記入ください

- 普通肌 乾燥肌 脂性肌 ニキビ肌 アトピー肌 その他  
箇所は？ ( )  
時期(季節)は？ ( )

■普段のお肌のお手入れ方法についてご記入ください

- ボディークリーム オイル その他 ( )  
箇所は？ ( )  
頻度は？ 毎日 週 日 その他 ( )

■デリケートケアのお手入れ方法についてご記入下さい

- ソープ ( メーカー: )  
美容液 ( メーカー: )  
クリーム ( メーカー: )  
バーム ( メーカー: )  
その他 ( メーカー: )  
頻度は？ 毎日 週 日 その他 ( )