

脱毛カウンセリングシート

平成 年 月 日 担当: _____

| | | | |
|----------|------|-----|-------------------|
| お名前 | ふりがな | 性別 | 生年月日 |
| | | 女・男 | M・T・S・H 年 月 日 (才) |
| ご住所 | | | 携帯電話 |
| 連絡可能な時間帯 | | | メールアドレス |

※ 住所・自宅の電話番号等、変更になった場合は必ず受付にお申し出ください。

① 脱毛ご希望箇所を教えてください(複数回答可)

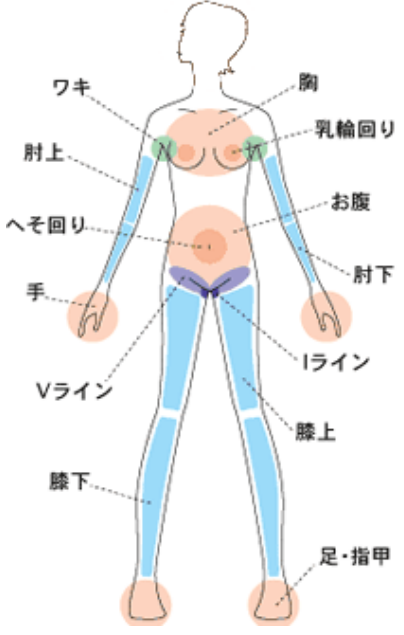
ワキ・ヒザ下・ヒザ上・ヒジ下・ヒジ上・首(うなじ)・上背・下背・おしり(肛門以外)・胸(ブラ線まで)・腹(ブラ線から腰骨)・へそ周り・手・足・膝・その他()

看護師
チェック欄

| |
|---|
| ① |
| |

② 自己処理をしている部位に○をつけ、ペース・方法を教えてください

| | | |
|------------|---------------------------|--------|
| ワキ | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| ビキニライン | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| ひざ下 | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| ひざ上 | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| ひじ下 | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| ひじ上 | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| 背中 | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| 顔 | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |
| その他 () | 毎日・週に()回 剃る・抜く・その他() | その他() |



| |
|---|
| ② |
| |

③ 以前にクリニック・エステティックサロン等で脱毛をされたことがありますか？

・なし ・ あり ⇒院名・店名： ()
 通われた期間： (年間) いつ(年前)
 脱毛部位 : ()
 方法 : 光・レーザー ・ 電気(針) ・ その他()

| |
|---|
| ③ |
| |

④ 今後、脱毛をはじめとする「美容治療のキャンペーンやお得な情報」の配信を希望しますか？

希望する 希望しない

| |
|---|
| ④ |
| |

ご協力ありがとうございました。