

来店日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 才
フリガナ			
住所	〒		
電話番号	() -	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()

■当サロンを利用しようと思ったきっかけは何ですか？

- 院内案内 HP or ブログ ネット検索(検索語句:) ライン
看板 広告 紹介(様より) その他()

■どの部位が気になっていますか？

- 脇 ひじ上 ひじ下 手の甲指 ひざ上 ひざ ひざ下 足の甲指
うなじ 背中上 背中下 乳輪周り 胸 おへそ周り お腹
顔(全体or一部()) Vライン Iライン Oライン ヒゲ(男性) その他()

■脱毛サロンの経験はありますか？

- Yes No (お試し体験は？ Yes No) クリニック・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、また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 副交感皮膚質ホルモン剤使用 刺青 その他
 いつ頃？ ()

■現在服用している、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(女性の方のみ)

- 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？ ()

■かぶれの経験はありますか？

- Yes (いつ？なぜ？症状は？) No

■エタノール消毒でかぶれたことはありますか？

- Yes (箇所は？) No

■紫外線にあたった時のお肌の様子をご記入ください

- 吸収して黒くなる 赤くなつてすぐひく その他()

■今までどのような処理を行ってきましたか？

- 剃る 抜く 脱色 その他()