

脱毛カウンセリングシート 来院日時 年 月 日 ID ()

フリガナ				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	西暦	年	月	日
フリガナ				
住所	〒	-		
連絡先①	()	-	連絡先②	() -

※連絡先①は必ずつながる電話番号を記入してください。

■健康状態

体調	良好 ・ 不調 (部位)		
既往歴	なし ・ あり ()		
手術歴	なし ・ あり ()		
刺青・美容整形歴	なし ・ あり ()		
脱毛歴	なし ・ あり (サロン・医療)		
常用薬	なし ・ あり ()		
肌質	普通肌・乾燥肌・脂性肌・ニキビ肌・アトピー肌・その他 ()		
アレルギー	なし ・ あり ()		
皮膚トラブルの経験	なし ・ あり ()		
日焼け	赤くなりすぐひく ・ 吸収し黒くなる ・ その他 ()		
生理	順調 ・ 不順 ・ 閉経	本生理中ですか？	はい・いいえ
妊娠	していない・可能性がある・している	授乳中ですか？	はい・いいえ

*妊娠の可能性・妊娠中・授乳中の施術は出来ません。

■脱毛の希望部位

<input type="checkbox"/> 女性顔 <input type="checkbox"/> 男性顔 (部位:)	<input type="checkbox"/> うなじ	<input type="checkbox"/> わき
<input type="checkbox"/> ひじより上 (肩を含む)	<input type="checkbox"/> ひじ下	<input type="checkbox"/> 手の甲 <input type="checkbox"/> ひざ上 <input type="checkbox"/> ひざ <input type="checkbox"/> ひざ下 <input type="checkbox"/> 足の甲
<input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中上 <input type="checkbox"/> 背中下 <input type="checkbox"/> おしり <input type="checkbox"/> VIO (女性)	<input type="checkbox"/> その他 ()	

※詳細は施術前に確認しながら行います。

■普段のお手入れ (保湿や紫外線などのケア・頻度) について教えてください

■その他聞いておきたいこと