

お名前	ふりがな	生年月日
	.....	M・T・S・H 年 月 日 (才)
ご住所	携帯電話	
連絡可能な時間帯		

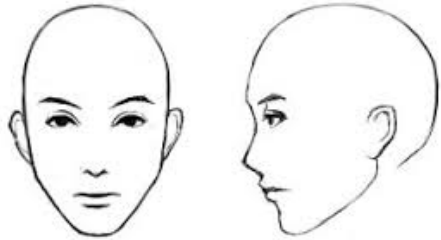
※ 住所・自宅の電話番号等、変更になった場合は必ず受付にお申し出ください。

顔脱毛の希望部位をイラストに記入下さい

看護師  
チェック欄

①希望する脱毛部位を教えてください(複数回答可)

顔(鼻の下、あご、頬、首)  
 ヒザ下 ・ ヒザ上 ・ ヒジ下 ・ ヒジ上  
 胸・腹・手・足・膝・ワキ  
 その他( )



①

②脱毛をしようと思った理由はなんですか？

ひげそりなどで、肌が痛みやすいので  
 以前から、体毛の多さが気になっていた  
 日々のひげそりが面倒臭いから  
 その他( )

②

③どのようなお仕事をされていますか？

職業( )  
 職場環境(例:外で仕事をしているので日焼けをしやすいなど)  
 ( )

③

④脱毛の程度についてお聞きします。

完全に生えなくなるように脱毛がしたい  
 薄くなる程度で良い

④

⑤脱毛時は、濃い毛であるほど痛みが生じます。痛みを軽減するための麻酔クリーム(自費)がありますが、麻酔クリームは使用しますか？

※ 麻酔料が2,000円別途必要です。  
 ※ 麻酔の時間が別途30分程度必要になります。

はい  いいえ

⑤

⑥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(      )

⑥

ご協力ありがとうございました。