

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 女・男	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			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)

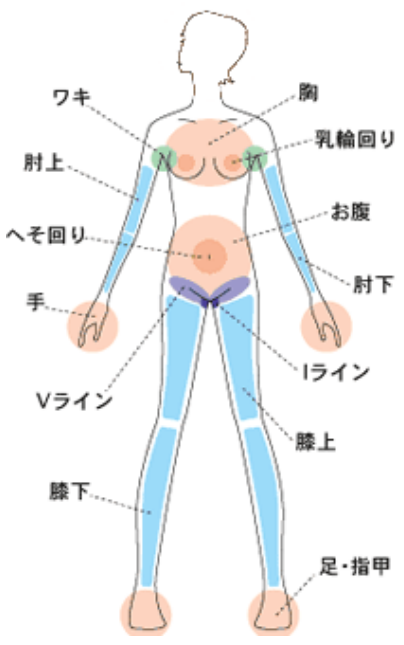
ワキ・ヒザ下・ヒザ上・ヒジ下・ヒジ上・首(うなじ)・上背・下背・おしり(肛門以外)・胸(ブラ線まで)・腹(ブラ線から腰骨)・へそ周り・手・足・膝・その他()

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。