

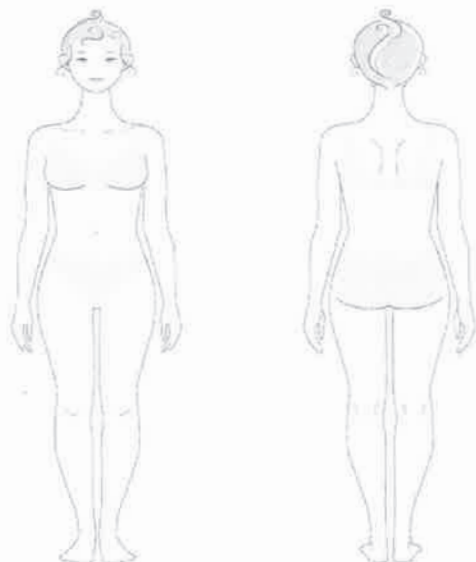
脱毛・カウンセリングシート

年 月 日

氏名		生年月日	年 月 日	血液型	型
住所					
TEL		携帯電話			
FAX		メールアドレス			
職業		勤務先			
未婚	・	既婚 (子供	人)	DM 送付	YES ・ NO

体調	好調／不調 ()
体質	冷え性・便秘・下痢・貧血・肩こり・神経過敏症・不眠症・高血圧・ケロイド その他 ()
病気	現在 なし／あり () 過去 なし／あり (歳頃 / 治療法)
アレルギー	なし／あり 光線・日光・アトピー・化粧品 その他 ()
常用薬	なし／あり ()
生理	順調／不順
疲労感	激しい／どちらかというとな疲れやすい／なし
整形手術	なし／あり (年前／カ月前) 箇所 () 内容 ()
女性の方	現在妊娠中である / 現在授乳中である / どちらでもない
脱毛の経験	なし / あり (箇所:) (サロン名:)、脱毛方法: ()

ご希望の脱毛箇所に○をつけてください。



全顔・全身

もみあげ・うなじ・口周り・ひじ上・ひじ下・
ひじ・背中・腹部・胸・乳輪・ヒップ・ひざ上
ひざ下 ひざ・手の甲・足の甲・Vライン
Vライン全体・Iライン・Oライン

- いつごろまでにどのような状態を目指したいですか？
()
- 今までのムダ毛処理はどのように行っていましたか？
()

ご記入ありがとうございました。