

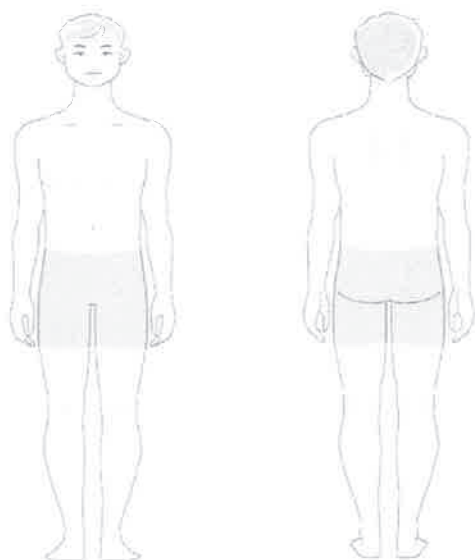
## 脱毛・カウンセリングシート

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 ( )
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 ( )
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

※メンズVIOはしていません

- 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。