

# カウンセリングシート

ご記入日 20 年 月 日

(フリガナ)		お電話	— —
お名前		ご職業	
住所	〒 —		
生年月日	年 月 日 ( 才 )	性別	女性・男性

医療機関において治療を受けている病気はありますか？ はい・いいえ

服用しているお薬はありますか？ はい・いいえ

体内に金属類を入れてありますか？ はい・いいえ

アレルギーはありますか？ はい・いいえ

てんかん発作を起こしたことがありますか？ はい・いいえ

ケロイド（ニキビやケガの部分が赤く盛り上がる）になりやすいですか？ はい・いいえ

1ヶ月以内に積極的な日焼けをしましたか？(海、ゴルフ、日焼けサロン等) はい・いいえ

女性の方にお聞きします。現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい・いいえ

自己処理をした後に皮膚にトラブルが生じたことはありますか？ はい・いいえ

これまでに脱毛をサロンまたはクリニックで受けた経験はありますか？ はい・いいえ  
はいと答えた方へ (いつ: \_\_\_\_\_ どこで: \_\_\_\_\_)

自己処理は何を使って行っていますか？

カミソリ    シェーバー    毛抜き    除毛クリーム    ワックス

どの部位の脱毛をご希望ですか？

[ \_\_\_\_\_ ]

脱毛に関して不安なことや不明点はありますか？

[ \_\_\_\_\_ ]

当サロンを知ったきっかけは？

[ \_\_\_\_\_ ]

ご協力ありがとうございました。