

会員No.

エピレーションカウンセリングカルテ

ご来店 年 月 日

※男女共有(項目5以外)

フリガナ		職業	
氏名			
生年月日	年 月 日 (才) 既婚・未婚	TEL	
住所	〒 -	E-mail	
勤務先		DM	希望する・希望しない

担当

金属アレルギーの方は必ずパッチテストを行ってください。

1. 当てはまるところに印をつけてください。○は施術できません!!

☐アレルギー(光・花粉・食べ物・金属:部位) ☐アトピー性皮膚炎 ☐糖尿病
☒心臓疾患 ☐放射線治療 ☐高血圧 ☐てんかん ☐ケロイド体質 ☐婦人科系疾患 ☐ピルの服用 ☐閉経
○以外に当てはまる方は医師同意書必要(ピルの服用、閉経を除く)。

2. 現在、病気の治療を受けていますか?

☐いいえ ☐はい (病名:)

3. お薬を服用されていますか?

☐いいえ ☐はい

処方箋服用の方は医師の同意書が必要、
市販薬服用の方は24時間服用を避けて頂くこと。

4. 健康状態は?

☐良い ☐普通 ☒悪い (体調のヒアリングを行い、場合によっては体調の良いときに改めましょう。)

5. 生理は?

ホルモンバランスは毛周期に影響します。効果の説明をしっかりとってください。

☐順 (周期 日) ☐不順 ☐無 (日頃、日間)

6. 以前、肌トラブルがあった事がありますか?

☐いいえ ☐はい ()

7. これまでに大きな手術を受けたことはありますか? または受ける予定はありますか?

☐いいえ ☐はい ()

美容整形部位は
施術できません。

8. これまでに美容整形を受けたことはありますか? または受けていますか?

☐いいえ ☐はい (店舗名: 部位:)

該当箇所は、歯と唇の間に
濡らしたコットンを挟み
施術を致します。

9. これまでに歯の治療・矯正・インプラントをされている箇所はありますか? ※差し歯・銀歯含む

☐いいえ ☐はい

(部位: 左 右)

10. 日焼けはしていますか、またこれからする予定はありますか? → 日焼け対策のフォローを!

☐いいえ ☐はい

11. これまでに脱毛の施術を受けた事がありますか?

→ どうして同じサロンにもう一度通わないのか?
通いたくない原因があるはずですよ。

☐ない

☐ある (方法: ☐光脱毛 / 時期: ☐ニードル脱毛 / 時期:)

(☐レーザー脱毛/クリニック名: / 時期:)

☆12. 自己処理はどうしていますか?

☆11.12はイコールになるはず。自己処理しているところは契約が取れます。

☐していない

☐している (処理方法を記入して下さい) A. 剃る B. 抜く C. 脱毛クリーム D. ワックステープ E. その他)

☐ワキ() ☐ひざ下() ☐ひざ上() ☐ひじ下() ☐ひじ上() ☐手指() ☐ほほ() ☐おでこ()

☐胸毛() ☐背中() ☐乳輪廻り() ☐おへそ廻り() ☐うなじ() ☐鼻下()

☐足指() ☐Vライン() ☐Iライン() ☐Oライン() ☐その他()

自己処理の頻度を部位別に細かく聞きましょう(例: 毎日or3日に1回or週一など...)

☆13. あなたの気になる箇所は?

☐ワキ ☐ひざ下 ☐ひざ上 ☐ひじ下 ☐ひじ上 ☐手指 ☐ほほ ☐おでこ ☐胸毛 ☐背中 ☐乳輪廻り

☐おへそ廻り ☐うなじ ☐鼻下 ☐足指 ☐Vライン ☐Iライン ☐Oライン ☐その他()

14. 今回ご来店いただいたきっかけを教えてください。

()

→ ご契約のポイントです。しっかり不安を解消しながらサロンのアピールも伝えましょう。

15. 施術に対してのご要望に当てはまるところに印をつけてください。

☐痛み ☐効果 ☐費用 ☐施術時間 ☐その他()