

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

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 _____

1.当てはまるところに印をつけてください。

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 ケロイド体质 婦人科系疾患 ピルの服用 閉経

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

4.健康状態は？

良い 普通 悪い ()

5.生理は？

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 ()

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:)

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:)

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？

いいえ はい

11.これまでに脱毛の施術を受けた事はありますか？

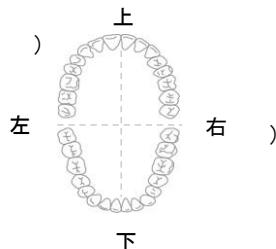
ない

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？

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()



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。

()

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()