

Beginner Counseling Sheet

本日は初めてのエクステンションに当サロンをお選びいただき、誠にありがとうございます。
不安な点・気になる点など、お気軽にお申し付けください。どんな小さな疑問でも聞かせてください。

下記の項目に該当する場合はスタッフまでお声掛けください。
該当しない場合は、署名した上でカウンセリングシートをご記入ください。

- 体調が優れない
- 1週間以内に結膜炎・角膜炎にかかった
- 3ヶ月以内に白内障などの手術を受けた
- 極度なアレルギーがある
- その他健康面や体調面で気になることがある

私は以上の項目に該当がない、もしくは該当する項目のリスクについて十分な説明を受けた上で本日の施術を希望いたします

| |
|---------------|
| フリガナ |
| 署名 |

| | | |
|----------------|-----------|------|
| (〒 -) ご住所: | | |
| 生年月日: 年 月 日 | 電話番号: - - | ご職業: |

以下の該当する項目にチェック または をご記入ください (複数可)

当サロンをお知りになったきっかけ

- ご紹介 (様)
- その他 ()

当サロンをお選びいただいた理由

- 近かった
- 金額
- メニュー
- デザイン
- ご紹介者様の勧め
- 長く通えるサロンを探している途中
- その他 ()

生活習慣について

- ドライアイである
- 花粉症である
- メガネ・コンタクトを使用する
- コンタクト購入以外で眼科に通院している
- フェイシャルエステに行く
- ヨガやプールに通っている
- 目を擦ったり触ったりする癖がある

普段のまつげ・メイクについて

- マスカラ
- まつげパーマ
- ビューラー
- つけまつげ
- アイシャドウ
- アイライン
- アイプチ、アイテープ等

本日の希望デザインについて

- ボリュームが欲しい
- ナチュラルに仕上げたい

希望する項目について

- しっかりカウンセリングをして欲しい
- ホームケア方法を詳しく説明して欲しい
- 施術中は静かに過ごしたい
- 予算のご希望
- 退店時間のご希望 (時 分迄に退店希望)

下記プライバシーポリシーの内容に同意する

当サロンは、お客様の個人情報について、以下の目的以外での利用をせず、紛失・改ざん・漏洩などの防止に努めます。

1. お客様の施術に対する記録・確認。
2. キャンペーンなどのお知らせご連絡。
3. その他お客様のまつげの管理に必要な場合。