

Counseling Sheet

「本日はご来店ありがとうございます。」

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。

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭痛や腹痛などがある | <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> 2週間以内に感染症にかかっていた |
| <input type="checkbox"/> 1週間以内に結膜炎・角膜炎にかかった | <input type="checkbox"/> 極度なアレルギーがある | <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内にレーシックなど目の手術を受けた |
| <input type="checkbox"/> 4時間以内にアルコールを摂取した | <input type="checkbox"/> 吐き気・めまいがする | <input type="checkbox"/> その他健康面や体調面で気になることがある |
| <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性、または妊娠中である(月) | | |

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

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hot Pepper | <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> facebook |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> ブログ | <input type="checkbox"/> ホームページ |
| <input type="checkbox"/> ご紹介 (様) | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| SNSアカウント () | | |
| <small>※ 差支えなければご記入ください</small> | | |

当サロンをお選びいただいた理由

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 近かった | <input type="checkbox"/> 金額 | <input type="checkbox"/> メニュー |
| <input type="checkbox"/> デザイン | <input type="checkbox"/> 口コミ | <input type="checkbox"/> ご紹介者様の勧め |
| <input type="checkbox"/> 長く通えるサロンを探している途中 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

生活習慣について

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> メガネ・コンタクトを使用する | <input type="checkbox"/> オイルクレンジング・保湿パックをよく使用する |
| <input type="checkbox"/> アイライナーはしっかり描く | <input type="checkbox"/> アイメイクは濃いめが好き |
| <input type="checkbox"/> ドライアイである | <input type="checkbox"/> フェイシャルエステに行く |
| <input type="checkbox"/> コンタクト購入以外で眼科に通院している | <input type="checkbox"/> ヨガやプールに通っている |
| <input type="checkbox"/> 目を擦ったり触ったりする癖がある | <input type="checkbox"/> 花粉症である |

経験のあるマツエクの種類

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> シングル | <input type="checkbox"/> ボリューム | <input type="checkbox"/> カラー | <input type="checkbox"/> フラットラッシュ |
| <input type="checkbox"/> ラッシュシャドウ | <input type="checkbox"/> 束エクステ | <input type="checkbox"/> その他 | |

前回までのマツエクのご感想

マツエクの頻度	:	毎月	・	イベント時	・	回数のみ		
ボリューム	:	満足	・	普通	・	不満足		
カール感	:	満足	・	普通	・	不満足		
デザイン	:	満足	・	普通	・	不満足		
軽さ	:	満足	・	普通	・	不満足		
持ちの良さ	:	満足	・	普通	・	不満足		
メニューの種類	:	満足	・	普通	・	不満足		
チクチク感	:	毎回	・	時々	・	しない		
しみる	:	毎回	・	時々	・	しない		
施術時間	:	丁度良い					・	長い
接客	:	満足	・	普通	・	不満足		
予約	:	取りやすい					・	取りにくい

本日の希望デザインについて

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ボリュームが欲しい | <input type="checkbox"/> ナチュラルに仕上げたい |
| <input type="checkbox"/> 下まつげも付けたい | <input type="checkbox"/> ラッシュシャドウに興味がある |
| <input type="checkbox"/> かわいい系 | <input type="checkbox"/> クール系 |
| <input type="checkbox"/> プロにお任せしたい | |
| <input type="checkbox"/> 付けたくない箇所がある (目尻 ・ 目頭 ・ その他) | |

希望する項目について

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> しっかりカウンセリングをして欲しい |
| <input type="checkbox"/> ホームケア方法を詳しく説明して欲しい |
| <input type="checkbox"/> 施術中は静かに過ごしたい |
| <input type="checkbox"/> 予算のご希望 |
| <input type="checkbox"/> 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。

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