

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"/> 体調が優れない | <input type="checkbox"/> 1週間以内に結膜炎・角膜炎にかかった |
| <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に白内障などの手術を受けた | <input type="checkbox"/> 極度なアレルギーがある |
| <input type="checkbox"/> 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

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

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	・	数回のみ
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		

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。