

WAX XXX脱毛

お名前	生年月日	S・H	年	月	日(歳)
ご住所 〒					
TEL	携帯				
ご職業					
当店をお知りになったのは? ●ご紹介(様) ●ブログ ●Facebook ●その他()					
●本日の体調はいかがですか? 好調・不調()					
●現在妊娠、もしくは今後妊娠のご予定はございますか? 妊娠していない・妊娠している・予定あり					
●肌質はいかがですか? ニキビ肌・肌荒れ・脂性肌・乾燥肌・敏感肌・赤くなりやすい・その他()					
●今までに脱毛をされた事がありますか? ある・ない					
ある方はいつ頃されましたか? (年 月頃)レーザー・ニードル・光・ワックス・その他					
●普段のお手入れ方法は? カミソリで剃る・毛抜きで抜く・家庭用脱毛器・その他()					
●内科系疾患その他持病をお持ちですか? いいえ・はい 糖尿病・肝臓病・腎臓病・その他()					
●感染症及び疾病をお持ちですか? いいえ・はい 病名()					
●アレルギーはお持ちですか? いいえ・はい マツヤニ・その他()					
●脱毛をお考えの箇所にお薬を使用されていますか? いいえ・はい()					
●最近お化粧品を変えましたか? いいえ・はい()					
●現在他のエステサロンに通っていますか? いいえ・はい(施術内容)					
●最近日焼けをされましたか? 又はされる予定はありますか? いいえ・はい(いつ頃?)					
●何かスポーツをされますか? いいえ・はい(テニス・ゴルフ・水泳・その他)					
●サウナ・銭湯・プールによく行かれますか? いいえ・はい(週 回 その他)					
●現在服薬中のお薬はございますか? いいえ・はい(お薬名)					
●スタッフへ何かお伝えしたい事がございましたらご記入下さいませ。					

※ご記入ありがとうございました。当サロンではお客様のお名前やご住所などの大切な個人情報をお預かりし、第三者などに提供することは一切いたしません。

WAX XXX脱毛申込同意書

○WAX XXX脱毛のカウンセリング・説明を十分に聞き納得理解致しましたので
施術を受けることに同意致します。

○注意事項について当日のコンディションにより、肌に反応が起こる場合があることを
上記の説明を受けて納得理解致しました。

年 月 日

お名前

印