

ご来店日:

年 月 日

※お客様の個人情報は株式会社Blancが大切に管理し、株式会社Blancおよび提携先企業以外の一般企業などへは、一切提供することはありません。

カルテNo.

フリガナ			生年月日	年齢	ご職業
ご氏名	様	S・H	年 月 日	歳	
ご住所	〒			DM(ハガキ)要・不要 バースデークーポン等お得な キャンペーン内容をお知らせいたします。	妊娠 / 無・有
メールアドレス	@			/DM(メール)要・不要	挙式予定 / 月 日
携帯電話	() - ()	電話番号	() - ()		(前撮り日) 月 日
ご来店いただいたきっかけ	☐ ホットペッツパービューティー(web) ☐ ライン ☐ ホームページ ☐ インスタ ☐ クチコミ ☐ ご紹介(様) ☐ その他()				

カウンセリング項目

各項目全てにご記入いただきますようお願いいたします。
※ご回答により施術をお断りする場合がございます。ご了承くださいませ。

■過去にアイブロウWAX脱毛をされた事がありますか？

☐はい ☐いいえ

⇒はいとお答えの方、前回の施術はいつ頃ですか？

(年 月 頃くらい)

■眉のお手入れはどのような方法でされていますか？

☐しない ☐ワックス脱毛 ☐毛抜き ☐シェービング

☐脱色 ☐★眉サロン ☐その他()

★の項目にチェックを入れた方にお聞きます。

今回お店を変えたきっかけを教えてください。

その際トラブルはありましたか？

☐はい ☐いいえ

⇒はいとお答えの方、トラブルの内容をお答えください。

■現在皮膚科に通われていますか？

☐はい ☐いいえ

⇒「はい」とお答えの方、トラブルの内容をお答えください。

トラブルの内容

■現在のお肌の状態をお選びください。

☐良好 ☐肌荒れ

☐アトピー ☐日焼け ☐皮膚病 ☐ケロイド体質 ☐瘢痕病

⇒チェックされたものでトラブルがでた箇所をお答えください。

トラブルのでた箇所

■お肌のタイプをお選びください

☐普通肌 ☐脂性肌 ☐乾燥肌 ☐混合肌 ☐敏感肌

■物理的な刺激を受けた際、肌は赤くなりやすいですか？

☐はい ☐いいえ

■アレルギー・持病などはございますか？

☐金属 ☐アルコール ☐食品 ☐化粧品 ☐花粉 ☐マニヤニ ☐松脂

☐糖尿病 ☐その他()

■2か月以内に次のいずれかの施術を受けられましたか？

☐視力矯正手術 ☐お顔の手術

☐眉のアートメイク ☐受けていない

⇒「受けていない」以外にチェックされた方にお聞きます。

お肌が敏感な状態となっている事が考えられます。

施術に関して医師の承諾を得られていますか？

☐はい ☐いいえ

■今回アイブロウを施術される理由を教えてください。(複数可)

☐今の形を変えずに整えたい ☐お顔の印象を変えたい
☐似合う形を教えてください ☐眉の描き方を教えてください
☐眉の左右の形を揃えたい ☐お手入れやメイクが苦手
☐その他()

■普段使用しているアイブロウメイク用品を教えてください。

☐ペンシル ☐パウダー ☐マスカラ ☐リキッド

☐その他()

■《なりたい》イメージを教えてください。

☐可愛い ☐やさしい ☐知的 ☐大人っぽい ☐トレンド
☐カジュアル ☐クール ☐小顔にみせたい ☐若々しくしたい
☐その他()

■または、《なりたくない》イメージを教えてください。

☐可愛い ☐やさしい ☐知的 ☐大人っぽい
☐カジュアル ☐クール ☐幼い印象
☐その他()

[美眉グロウミネーション(眉毛パーマ)の施術を受ける方にご記入をお願いいたします]

■眉のお悩みはありますか？(複数可)

☐毛が少ない ☐毛が短い ☐形を変えたい ☐穴がある
☐濃淡を揃えたい ☐毛流れがバラバラ ☐左右差が気になる
☐その他()

■希望の仕上がりを教えてください(複数可)

☐外国人風にしっかり立ちあげたい ☐太さ・幅を出したい
☐自然な立ち上がり・毛流れにしたい ☐デザイン(眉の形)を変えたい
☐毛が少ない、穴があるなど)悩みをカバーしたい
☐その他()

■過去に眉毛パーマ経験はありますか？

☐はい(いつ頃) ☐いいえ

⇒以下、「はい」とお答えの方にお聞きます。

眉毛パーマ・まつげパーマの施術で、違和感や不快感を感じましたか？

☐痒み ☐赤み ☐かぶれ ☐痛み ☐充血

☐腫れた ☐皮めくれ

☐その他()

■過去に施術を受けて仕上がりが良かったか？

☐とても満足 ☐変化がわからなかった ☐メイクしづらくなった
☐すぐに取れた ☐毛が痛んだ ☐希望のデザインではなかった
☐その他()