

会員No.

エピレーションカウンセリングカルテ

平成 年 月 日

氏名		職業	
生年月日	年 月 日(才) 既婚・未婚	TEL	
住所	〒 -	E-mail	
勤務先		DM	希望する・希望しない

担当者

1.当てはまるところに印をつけてください。

アレルギー アトピー性皮膚炎 糖尿病 心臓疾患 子宮卵巣摘出 レントゲン治療
ピルの服用 閉経 光アレルギー

2.現在、病気の治療を受けていますか？

いいえ はい (病名:)

3.健康状態は？

良い 普通 悪い ()

4.生理は？

順(周期 日) 不順 無(日頃、 日間)

5.以前、肌トラブルがあった事がありますか？

いいえ はい ()

6.日焼けはしていますか、またこれからする予定はありますか？

いいえ はい

7.今までに脱毛の施術を受けた事がありますか？

ない ある(方法: 針脱毛 レーザー脱毛/クリニック名: /時期:)

8.自己処理はどうしていますか？

していない
している(処理方法を記入して下さい/ A.剃る B.抜く C.脱毛クリーム D.ワックステープ E.その他)
ワキ() ひざ下() ひじ下() ビキニライン() 太もも()
二の腕() その他()

9.あなたの気になる箇所は？

ワキ ビキニ ひざ下 ひざ上 ひじ下 ひじ上 手指 ヒゲ 胸毛 背中
乳輪廻り おへそ廻り うなじ 鼻下 足指

10.支払い方法はどのようにしたいですか？

現金 カード クレジット

11.今回ご来店いただいたきっかけは？

()