

COUNSELING KARTE

アイブロウワックスカウンセリング カルテ

フリガナ	生年月日	会員No.
お名前	年 月 日 (歳)	
ご住所 (〒 -)		
ご連絡先		
メールアドレス		DM 可 ・ 不可
ご職業		
ご来店動機	・広告 (情報誌、ホームページ 他) ・SNS () ・紹介 (様から) ・近いから (自宅・職場) ・その他 ()	
アレルギー	有 ・ 無 (食品・植物・動物・金属・薬・化粧品・アトピー) その他 ()	

カウンセリングチェックシート

肌質のタイプについて	普通・乾燥肌・脂性肌・敏感肌
本日の体調はいかがですか	良好・不調 (内容)
現時点での眉・目元周りの皮膚状況は?	正常・敏感
現時点での眉・目・目元周りの疾患は?	ない・ある (内容)
現在、通院または薬の服用はございますか?	ない・ある (内容)
現在、生理中? または妊娠の可能性はございますか?	はい・いいえ or 妊娠中
最近目元周りのケガ、外科的手術・美容整形をされましたか?	いいえ・はい (年 月頃)
最近、視力回復治療 (レーシック) をされましたか?	いいえ・はい (年 月頃)
アートメイクをされていますか?	いいえ・はい (年 月頃)
普段のメイクで使用しているメイク道具	ペンシル・パウダー・眉マスカラ
自己処理の方法	シェービング・カット・毛抜き
眉毛ワックス脱毛の経験はございますか?	いいえ・はい (年 月頃)
眉毛ワックス脱毛施術後に何か異常を感じましたか?	いいえ・はい (内容)
パッチテスト	希望する・希望しない

※禁忌事項※ 以下に☑が入った場合は施術することができません。

- 直近2週間に医療脱毛、レーザー脱毛の施術はしていませんか?
炎症や傷のある肌 皮膚が敏感 日焼けした後の肌 ほてった肌 整理日の前後、整理中
フォトフェイシャル等 産後、出産前後 糖尿病の方 突起したイボやあざ、ほくろの上
妊娠中 ピーリング (サロン、ホーム) シェービング

当サロンでは、ワックス施術を行うにあたり使用する器具の衛生管理には万全を期しております。
また、安全性を重視したワックスシリーズを使用しておりますが、その使用性質上揮発成分が含まれて
おりますので、パッチテストを推奨しております。
皮膚トラブルを未然に防ぐため、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

承諾書

私は貴サロンにてアイブロウワックス脱毛をうけるにあたり、注意事項及びカウンセリングを受け、リスク等
も十分理解したうえですべて承諾しましたので、施術をお願いいたします。

年 月 日 氏名

担当者