

Customer No.		D    M    Y STAFF :
* name: お名前:	*FirstName/LastName: ローマ字:	
* tel: 電話番号:	* birth: 生年月日:	年    月    日
* mail: メールアドレス:	height: 身長	weight: cm / 体重    kg

1.医療用レーザー脱毛は初めてですか。                      経験なし ・ あり (    回目) 施術国 (                      )

---

2.過去に何か脱毛をしたことはありますか。                      あり ( 針 / 光 / ブラジリアンワックス ) ・ なし

---

3.普段の毛の処理はどのようにしていますか。                      剃っている ・ 抜いている ・ 除毛ワックス ・ 処理しない

---

4.カミソリまけはしやすいほうですか。                      頻繁にある ・ たまにある ・ 滅多にない ・ わからない

---

5.肌質について ( かぶれやすい / ニキビがしやすい / シミがしやすい / 傷跡が治りにくい / 日焼けしている / タトゥーあり / その他(                      ) / 特になし

---

6.脱毛希望箇所に、現在お肌のトラブルはありますか。                      あり (状態:                      ) ・ なし

---

7.皮膚麻酔で過去トラブルがありましたか?                      あり (症状:                      ) ・ なし ・ 未経験

---

8.現在治療中の病気や怪我はありますか。                      あり (病名:                      ) ・ なし

---

9.アレルギーや使用中の薬などありましたら、お教えてください。 (                      )

---

10.その他ご希望や要望など。

スタッフ備考