

フェイシャルエステ コンサルテーションシート

年 月 日 担当者：

本日はありがとうございます。安心してエステをお受け頂くために下記のご記入をお願い致します。

フリガナ

お名前 生年月日 年 月 日 (歳)

ご住所 〒

お電話番号・携帯番号

メールアドレス


 に を入れてくださいご職業 学生 アルバイト 会社員 専業主婦 その他 ()(ご来店の)きっかけ ご紹介(ご紹介者： 様)
 フリーペーパー チラシ ホームページ 看板 その他 ()

現在の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調 () <input type="checkbox"/> その他 ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある 紫外線・植物・金属・薬・アルコール・花粉・食品・ゴム・接触性 化粧品 () ・その他 () <input type="checkbox"/> ない
生理	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順(周期 日) <input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> その他 ()
妊娠	<input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> その他 ()
便秘	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 1～2日ほど <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> その他 ()
美容外科手術経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(・部位 ・時期)
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
体質	<input type="checkbox"/> むくみやすい <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> その他 ()
性格	<input type="checkbox"/> 楽天的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> その他 ()
睡眠	<input type="checkbox"/> よく寝る <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠ぎみ <input type="checkbox"/> その他 ()
運動	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(回/週) 具体的に ()
お顔剃りをしたことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ頃されましたか?)
コンタクトレンズをしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
力加減の好みは	<input type="checkbox"/> 弱め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強め <input type="checkbox"/> その他 ()
フェイシャルエステで触れてほしくない箇所はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(箇所)
その他気になる事がありましたらご記入ください。	
※ワクチン、予防接種後でご不安な場合はエステ施術日の変更をご相談する場合があります。 ※皮膚疾患等治療中の場合はかかりつけ医師の指示をご確認ください。	

※お客様よりお預かりした個人情報を適切に管理致します。また、個人情報に関する法令を遵守し、個人情報の適切な取り扱いを実施致します。
※施術中に生じたアレルギー(かゆみ、かぶれ、腫れ等)や、その他体調の異変について当サロン・担当者は一切の責任を負いません。
※施術中にかゆみ、気分不良等体調に異変を感じた場合は、すぐにお申し出ください。

年 月 日 ご署名

フェイシャルエステを受ける目的	<input type="checkbox"/> 美肌のため	<input type="checkbox"/> リラックスしたい	<input type="checkbox"/> その他 ()
現在のご自身でのお手入れ	<input type="checkbox"/> きちんと決めている	<input type="checkbox"/> 迷っている	<input type="checkbox"/> その他 ()
現在ご使用中のお化粧品	<input type="checkbox"/> きちんと決めている	<input type="checkbox"/> 迷っている	<input type="checkbox"/> その他 ()
お肌の状態は	<input type="checkbox"/> 乾燥肌	<input type="checkbox"/> 普通肌	<input type="checkbox"/> 脂性肌 <input type="checkbox"/> 敏感肌 <input type="checkbox"/> 混合肌
現在のお肌のお悩み	<input type="checkbox"/> ニキビ	<input type="checkbox"/> べたつく	<input type="checkbox"/> 吹き出物 <input type="checkbox"/> キメが粗い <input type="checkbox"/> 小じわ <input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> カサカサする <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> かぶれる <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> その他 ()

お肌状態 ※担当者が記載致します。										 スキンタイプ診断 (肌質) 普通肌 乾燥肌 脂性肌 混合肌 総合判断 (フェイシャルエステの目的) 施術上の注意事項
キメ	細かい	1	2	3	4	5	6	7	粗い	
水分量	多い	1	2	3	4	5	6	7	少ない	
皮脂量	少ない	1	2	3	4	5	6	7	多い	
ニキビ	全くない	1	2	3	4	5	6	7	多い	
たるみ	ない	1	2	3	4	5	6	7	多い	
くすみ	薄い	1	2	3	4	5	6	7	濃い	
しわ	浅い	1	2	3	4	5	6	7	深い	
色素沈着	薄い	1	2	3	4	5	6	7	濃い	
UV感受性	弱い	1	2	3	4	5	6	7	強い	
敏感度	軽度	1	2	3	4	5	6	7	重度	

本日のレヴェドボウフェイシャルエステコース

モイスターライジングコース	ホワイトニングコース	アンチエイジングコース	センシティブコース
メイクオフクリーム	メイクオフクリーム	メイクオフクリーム	メイクオフクリーム
ソープ O・D	ソープ O・D	ソープ O・D	ソープ O・D
クリーム AT・θ・O・N・D	クリーム AT・θ・O・N・D	クリーム AT・θ・O・N・D	クリーム AT・θ・O・N・D
ローション AT・θ・O・N・D	ローション AT・θ・O・N・D	ローション AT・θ・O・N・D	ローション AT・θ・O・N・D
ナノエッセンス	ナノエッセンス	ナノエッセンス	ナノエッセンス
リンクルホワイトィ	リンクルホワイトィ	リンクルホワイトィ	リンクルホワイトィ
ビューティオイル	ビューティオイル	ビューティオイル	ビューティオイル
プレミアムセラム	プレミアムセラム	プレミアムセラム	プレミアムセラム
プレミアムマスク	プレミアムマスク	プレミアムマスク	プレミアムマスク
ホワイトニングクリーム	ホワイトニングクリーム	ホワイトニングクリーム	ホワイトニングクリーム
ベースクリーム	ベースクリーム	ベースクリーム	ベースクリーム

レヴェドボウホームケアアドバイス

--