

Counseling Sheet

After Check and Planning

フリガナ	初めてお越しいただいた日
お名前 様	20 年 月 日
フリガナ	
〒	
ご住所	
E-Mail	
Mobile-Mail	
Tel/Mobile	生年月日 年 月 日

キャンペーン等のご案内 要 不要 ※記入のない場合は、不要とする。

Q1 過去に他店又は自分でまつげエクステを装着したことがある。 ない ある

Q2 Q1で「ある」とお答えになられた方にお聞きします。
※過去にまつげエクステを装着した際、装着時又は装着後に眼や
瞼が腫れる・痒くなる・赤くなる等の異常が発生したことがある。 ない ある

Q3 過敏体質（アレルギー等）で、化粧品等でお肌に異常を感じた経験がある。
ない ある

Q4 Q3で「ある」とお答えになられた方にお聞きします。
※化粧品でお肌に異常を感じた経験がある。 ない ある
※貴金属によるアレルギー等がある。 ない ある
※花粉やほこりによるアレルギー等がある。 ない ある

Q5 コンタクトレンズを装着することがある。 ない ある
※装着頻度はどれくらい？ 毎日装着する たまに装着する

◆Q2,Q3で「はい」とお答えになられたお客様は、施術をお控え頂かなければなりません。

Q6 仕上がりのイメージは？ 大きく見せたい 切れ長に見せたい

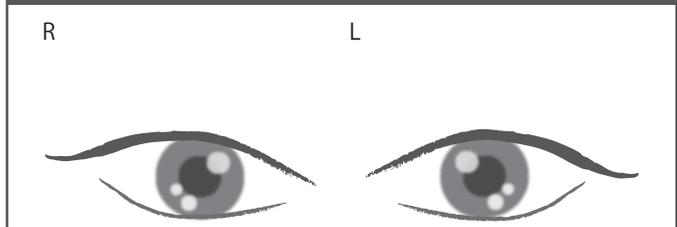
目尻中心に 目頭中心に 全体に ボリュームアップ ナチュラル カラー

キュート エレガント セクシー ゴージャス 下まつげ パーティー

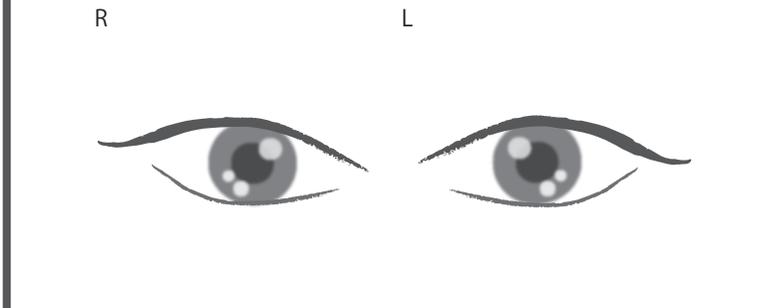
ウェディング デート オフィススタイル 成人式 入学式 卒業式

モダン カジュアル ドレッシェー ジュエリー クール その他 ()

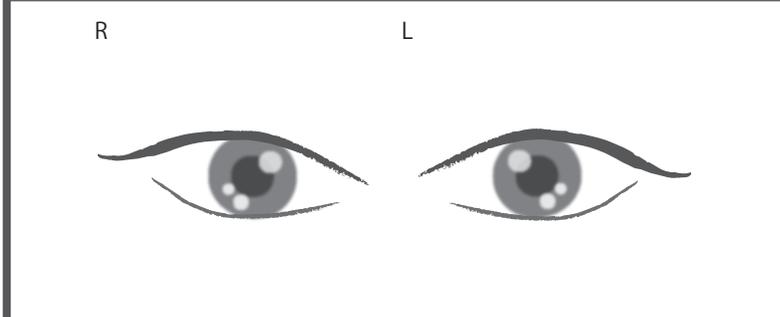
現在のお客様のまつげの状態



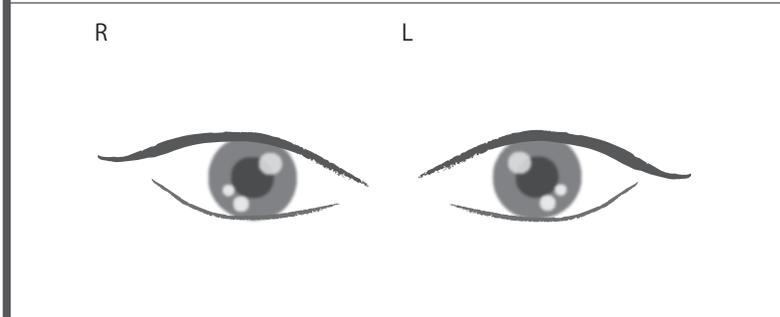
Memo _____ Date / / _____



Memo _____ Date / / _____

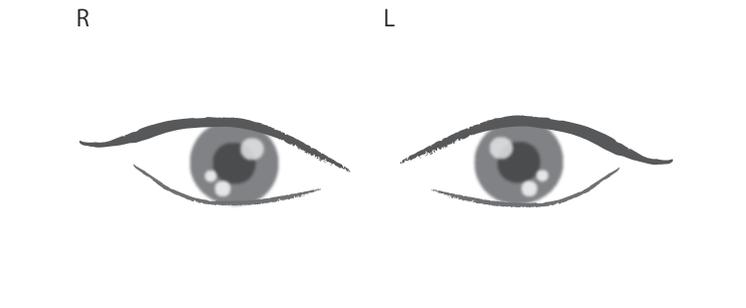


Memo _____ Date / / _____

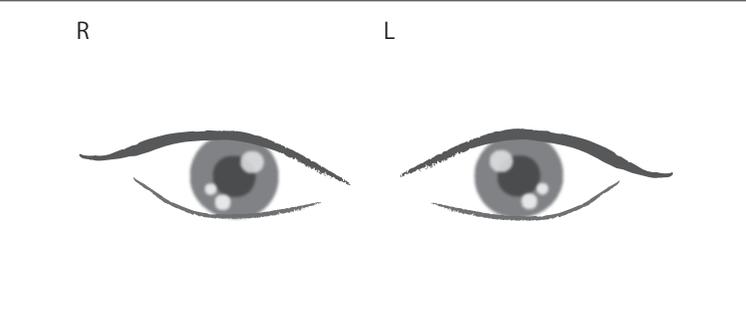


Memo _____ Date / / _____

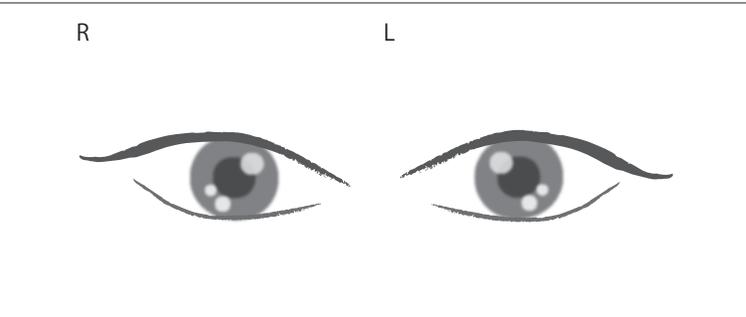
Design Images



Memo _____ Date / / _____



Memo _____ Date / / _____



Memo _____ Date / / _____

Design Images

