

Counseling Sheet

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

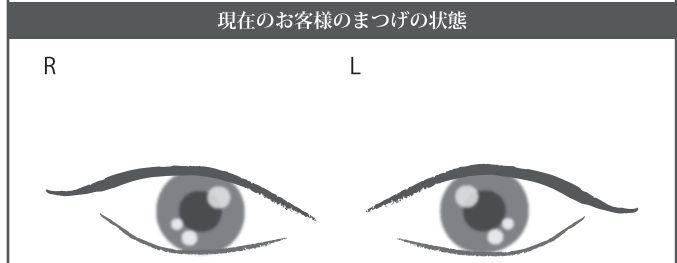
目尻中心に 目頭中心に 全体に ボリュームアップ ナチュラル カラー

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 ()

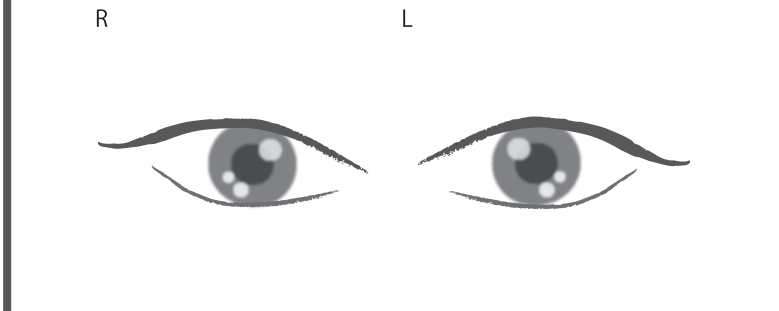
現在のお客様のまつげの状態



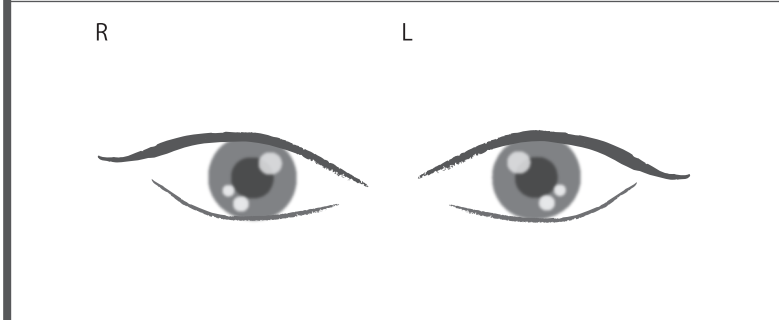
Memo _____ Date / /

Memo _____ Date / /

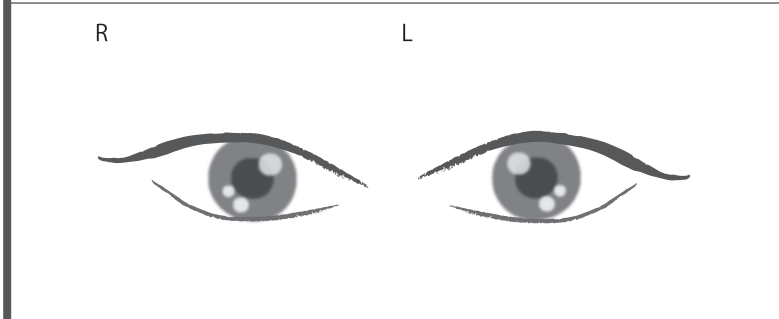
After Check and Planning



Memo _____ Date / /



Memo _____ Date / /

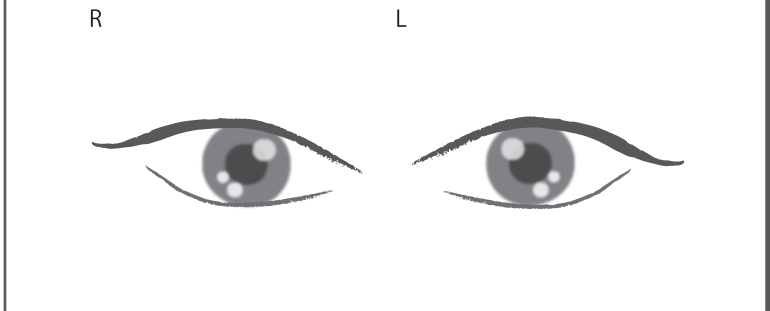


Memo _____ Date / /

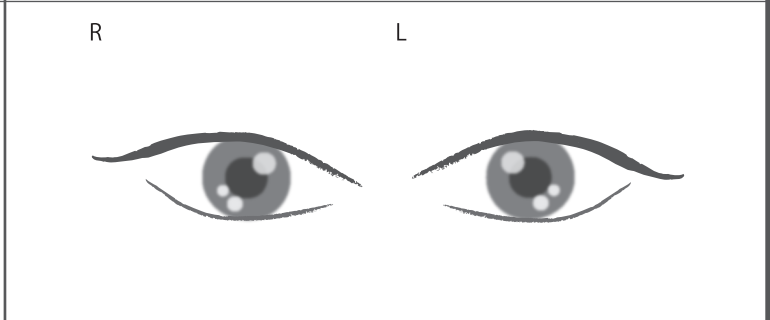
Design Images



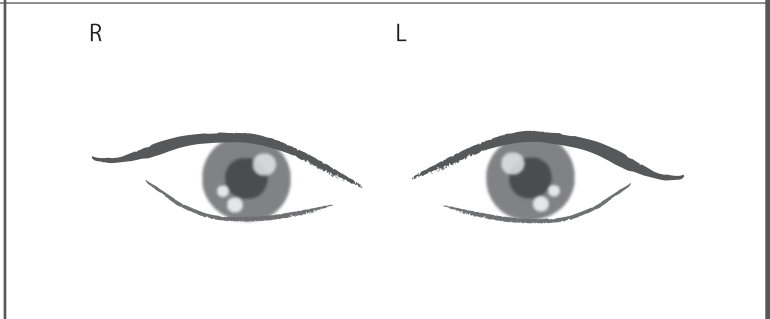
①自然なイメージで装着したデザイン



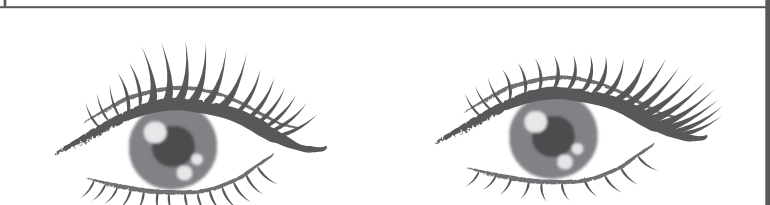
Memo _____ Date / /



Memo _____ Date / /



Memo _____ Date / /



②目の中心部分にポイントをおいたデザイン
③目尻にポイントをおいたデザイン