

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、持病はありますか。 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