

渋谷 TSURUKO カウンセリングシート

お客様情報は、個人情報保護法に基づき責任を持って当店で管理いたします。

個人情報保護方針は[こちら](#)（必ずリンクをご覧ください）

すべて入力必須です。必要事項をご入力の上、確認ボタンを押してください。

お名前 (必須)	姓	名				
お名前 (ふりがな)	せい	めい				
生年月日	--	年	--	月	--	日
郵便番号	〒 000-0000					
	--都道府県--					
	市・郡					
	番地・マンション名					
電話番号 (必須)	090	-	0000	-	0000	
ご職業	<input type="radio"/> 主婦 <input type="radio"/> 自営業	<input type="radio"/> 学生 <input type="radio"/> その他	<input type="radio"/> 会社員	<input type="radio"/> 公務員		
当サロンからSNSなどでお知らせ、ご連絡をさせていただいてもよろしいでしょうか。	<input type="radio"/> はい		<input type="radio"/> いいえ			
ご来店のお知らせをお聞かせください	<input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> ミニモ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> 雑誌 その他詳細	<input type="checkbox"/> webサイト <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> LINE@ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ホットペッパービューティー <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> 通りがかり			
今まで脱毛経験はありますか？	<input type="radio"/> ある		<input type="radio"/> ない			
ある方はどちらで脱毛されましたか？	サロン名					
	<input type="checkbox"/> ミュゼ <input type="checkbox"/> ストラッシュ <input type="checkbox"/> 恋肌 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> キレイモ <input type="checkbox"/> 銀座カラー <input type="checkbox"/> 湘南美容	<input type="checkbox"/> 脱毛ラボ <input type="checkbox"/> シースリー <input type="checkbox"/> TBC			
費用	<input type="checkbox"/> 5万円未満 <input type="checkbox"/> 21-30万円	<input type="checkbox"/> 5-10万円 <input type="checkbox"/> 31万円以上	<input type="checkbox"/> 11-20万円 <input type="checkbox"/> その他			
脱毛方法	<input type="checkbox"/> 光脱毛 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 医療レーザー	<input type="checkbox"/> ニードル			
その他詳細						
期間 開始時期	----年--月					
期間 終了時期	----年--月					
回数	<input type="checkbox"/> 0-5回 <input type="checkbox"/> 21-30回	<input type="checkbox"/> 6-10回 <input type="checkbox"/> 31回以上	<input type="checkbox"/> 11-20回 <input type="checkbox"/> その他			
現在の状況	<input type="radio"/> 全く気にならない <input type="radio"/> とても気になる		<input type="radio"/> ほぼ気にならない	<input type="radio"/> 多少気になる		
以前に他店で申し込まれた脱毛コースは最後まで通われましたか？	<input type="radio"/> はい		<input type="radio"/> いいえ			
	いいえの方、途中で行かなくなった理由をお聞かせ下さい。					
	<input type="checkbox"/> 予約が取りづらい <input type="checkbox"/> 最後まで行く前に脱毛が希望通りに達したため通う必要がなくなった	<input type="checkbox"/> 通うのが面倒になった <input type="checkbox"/> 担当者が嫌だった <input type="checkbox"/> お店がなくなった	<input type="checkbox"/> 引越しした <input type="checkbox"/> 人に見られたくない部位もあった <input type="checkbox"/> その他			
希望する脱毛箇所は？	<input type="radio"/> 全身		<input type="radio"/> 部分			
	「部分」の方、下記から選択してください。					
	<input type="checkbox"/> わき <input type="checkbox"/> Oライン <input type="checkbox"/> 手の甲・指 <input type="checkbox"/> うなじ <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> Vライン <input type="checkbox"/> ひじ下 <input type="checkbox"/> ひざ下 <input type="checkbox"/> 背中上 <input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> Iライン <input type="checkbox"/> ひじ上 <input type="checkbox"/> ひざ上 <input type="checkbox"/> 背中下 <input type="checkbox"/> 足の甲・指			
その他詳細						
いつまでに脱毛を終わらせたいですか？						
理由						
	<input type="checkbox"/> なるべく早く		<input type="checkbox"/> わからない			
脱毛の目的は？	<input type="checkbox"/> 日々のお手入れを楽にしたい <input type="checkbox"/> コンプレックスを解消したい	<input type="checkbox"/> 着るものの幅を広げたい <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 歯がやってるから			
自分の毛質や毛量はご存知ですか？	<input type="radio"/>					
毛質	<input type="radio"/> 薄い方 <input type="radio"/> よくわからない		<input type="radio"/> 普通	<input type="radio"/> 濃い方		
毛量	<input type="radio"/> 少ない方 <input type="radio"/> よくわからない		<input type="radio"/> 普通	<input type="radio"/> 多い方		
本日の体調	<input type="radio"/> 良好		<input type="radio"/> 不調			
不調の方、詳細						
常備薬	<input type="checkbox"/> 頭痛薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> ピル	<input type="checkbox"/> 抗アレルギー薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ステロイド剤	<input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> その他			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 光 <input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> 植物 <input type="checkbox"/> その他			
月経周期	<input type="radio"/> 順調		<input type="radio"/> 不調	<input type="radio"/> 閉経		
	「順調」を選択の方、周期日数をご記入ください					
	最終月経日					
歯の矯正・インプラント・外科手術などで体内に金属やシリコン等が入っていますか？	<input type="radio"/> はい		<input type="radio"/> いいえ			
	はいの方、場所をご記入ください					
脱毛が定額で通い放題だったら月に何回来たいですか？	<input type="radio"/> 1-2回 <input type="radio"/> 7-9回		<input type="radio"/> 3-4回 <input type="radio"/> 10回以上	<input type="radio"/> 5-6回		
脱毛以外で気になる施術メニューについてお聞かせください	<input type="checkbox"/> 歯のホワイトニング <input type="checkbox"/> 美肌 <input type="checkbox"/> アロマオイルトリートメント <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 小顔トリートメント <input type="checkbox"/> ネイル <input type="checkbox"/> 骨盤矯正	<input type="checkbox"/> 痩身 <input type="checkbox"/> ヘッドスパ <input type="checkbox"/> 肩コリ解消ホディケア			
その他詳細						
施術やサービスにおいてご要望や心配なことがあれば、ご記入ください						

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、JAPICOマークを取得している株式会社美歴によるカルテ管理システム「美歴」で安全に管理されます。「個人情報の取り扱いについて」に同意いただける場合にかぎり、「確認」を押してください。

確認