

ご新規様問診票

ご来店日 年 月 日

フリガナ

お名前

性別

女性・男性

ご住所

〒

都道府県

区市郡

丁目

番地

号

建物名

電話番号

誕生日

T・S・H

年

月

日

メールアドレス

@

以下の項目について、該当する方を選択し ○ で囲んで下さい。

髪染めをご利用される頻度を教えてください。

月に2回以上 ・ 月に1回 ・ 2ヵ月に1回 ・ 3ヵ月以上で1回 ・ 経験なし

今までヘアカラーをして沁みたり、痒くなったご経験はありますか？

いいえ ・ はい (症状等教えてください。)

今までヘナ染めをされた事はございますか？

いいえ ・ はい (具体的にはいつ頃でしょうか?)

美容薬剤には胎児に悪影響を及ぼすものもあります。現在、妊娠はされていますか？

いいえ ・ はい

髪についてお悩みの事がございましたら、教えてください。 該当する項目は全てお選び下さい。

(1)白髪が気になる (2)抜け毛が多い (3)分け目等、薄毛が気になる

(4)細くてコシがない (5)髪のダメージが酷い (6)乾燥してパサつく

(7)枝毛、切れ毛が気になる (8)クセ毛、うねりが気になる

(9)その他 ()

以下は、ご来店の日、当サロンスタッフがカウンセリングで使用致しますので、ご記入頂かずにこのままご来店の際に受付スタッフにお渡し下さい。

アレルギー等についての説明は、ご理解頂けましたか？

はい ・ いいえ

上記ご理解頂いた上で、施術にご同意頂ける方は「同意する」に○をお願いします。

同意する ・ 同意しない)

Copyright ©

 Henna Factory