

Counseling Sheet



Name _____ Tel _____

Address _____

1. アレルギーはありますか？

☐ はい — 金属・花粉・動物・日光・その他（ ）

☐ いいえ

2. ケロイド体質ですか？

☐ はい ☐ いいえ

3. アトピー体質ですか？

☐ はい ☐ いいえ

4. あなたの肌質を教えてください。

☐ 乾燥肌 ☐ 脂性肌 ☐ 混合肌 ☐ その他（ ）

— 眉回りは乾燥しやすいですか？ ☐ はい ☐ いいえ

5. カラーやパーマで頭皮や肌に異常が出た経験はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

— はいと答えた方 何の施術でこういった症状が出ましたか？詳しくご記入ください。

（ ）

6. ワセリンや油分の多いクリームでお肌が痒くなったご経験はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

— 注意事項 —

- ・お肌に直接パーマ液を塗っていく技術となりますので、生理前、生理中、寝不足や体調の優れない日はお肌が非常に敏感になっております。その為 赤み・腫れ・痒みが出やすくなる場合がございます。
- ・カラー剤やパーマ液でお肌に一度でも異常が出たことのある方はアルカリ成分に弱い可能性がございます。施術中に少しでも異常を感じた場合はすぐに中断致しますのでお声がけください。

上記を了承した上で施術を受けます。

年 月 日 名前： _____