




ふりがな			携帯番号
名前	姓	名	
ご希望のメニュー		SNS アカウント	
エクステンション・ラッシュリフト		facebook ・ Instagram ・ Twitter	
アレルギーの有無	普段使用しているものを教えてください	頻繁に行っていることがあれば○をしてください	
<input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> ある (                    )	<input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ジムで汗をかく <input type="checkbox"/> 長風呂 <input type="checkbox"/> サウナ	
パッチテストはしますか？	以下のメニューで3ヶ月以内にしたものがあれば○をしてください		
<input type="checkbox"/> はい (当日片目3本のための接着) <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 目元の手術 <input type="checkbox"/> アートメイク <input type="checkbox"/> まつ毛パーマ		

まつげエクステンションをされる方は下記の質問に○をつけてください

<b>ボリュームチェック</b>
<input type="checkbox"/> ナチュラルな仕上がりが好き <input type="checkbox"/> 目力が欲しい <input type="checkbox"/> アイライン効果のある仕上がりが好き <input type="checkbox"/> その他 (                    )


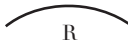


































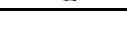
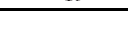

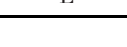
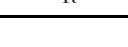

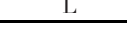
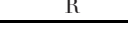

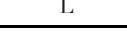
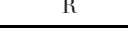

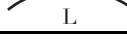
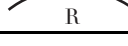


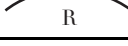




<b>スタイルチェック</b>
<input type="checkbox"/> 目元全体を大きく見せたい <input type="checkbox"/> 左右のバランスを整えたい <input type="checkbox"/> タレ目にしたい・つり目にしたい <input type="checkbox"/> その他 (                    )

<b>カールチェック</b>
<input checked="" type="checkbox"/> アイラインは太く書きますか？    はい ・ いいえ
 ナチュラルな角度が好き  少し上がった角度が好き  ぱっちりした角度が好き

下記の内容に目を通していただき✓をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 施術中は動くと危ないので、咳やくしゃみをする場合は手を上げてお知らせください。 <input type="checkbox"/> アイプチをしたままの施術は目の炎症につながる恐れがあるため、取ってから施術をさせていただきます。 <input type="checkbox"/> 施術終了から1時間は汗をかいたり、洗ったりしないでください。 <input type="checkbox"/> 触ったり、引っ張ったりしないで下さい。 <input type="checkbox"/> 長風呂、サウナ、汗をよくかく方は通常より取れやすくなります。 <input type="checkbox"/> クリームやオイル系の基礎化粧品はまつ毛につかないようにご使用ください。 <input type="checkbox"/> 2～3週間後部分的に取れ、隙間が気になる場合は付け足すことができます。 <input type="checkbox"/> アイメイクはしっかり落として下さい。 <input type="checkbox"/> 毎朝アイシャンプーをすると綺麗な状態を保つことができます。 <input type="checkbox"/> 2日以内に目元の違和感を感じた場合、専門医の診断を受けることをお勧めします。
---

# LASH RECIPE

来店日	使用カール	MAP / 長さ	MAP / 層	MEMO
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N
		 L  R		R/N