

カウンセリングシート

令和 年 月 日

お名前		生年月日	年 月 日 ()才
ご住所	〒	ご職業	
電話番号	(自 宅) (携 帯)	ご来店のきっかけ	☐ ご紹介 ☐ チラシ ☐ SNS ☐ その他
メールアドレス		キャンペーンのご案内	☐ ハガキ 要 不要 ☐ メール 要 不要

下記の該当する項目に丸をつけてください。

生活	規則正しい	やや不規則	不規則
睡眠	平均 () 時間	寝付きが良い・悪い	
食事	規則正しい	やや不規則	不規則
運動	よくする	ときどき	しない
アルコール	毎日	ときどき	どちらも
嗜好品など	酒 たばこ	コーヒー 紅茶	お菓子
紫外線	強い	普通	弱い
アレルギー	ある ()	なし	
生理	順調	やや不調	不調
肌質	ドライ	ノーマル	オイリー
頭皮状態	乾燥気味	敏感気味	普通

髪のお悩み	☐ くせ毛 ☐ 細毛 ☐ 量が多い ☐ 傷み ☐ 白髪 ☐ 抜け毛・薄毛
サロンへご希望はございますか？	☐ スタylingを楽にしたい ☐ なるべく早くしてもらいたい ☐ 静かに過ごしたい ☐ 雰囲気を楽しみたい ☐ 髪の悩みを相談したい ☐ ヘアケア提案が欲しい
アレルギーはございますか？	☐ なし ☐ あり ()

本日も希望の施術内容	
過去のカラー・パーマ履歴	
現在気になっていること	
備考	