

お客様ヒアリングシート

本日はご来店いただき誠にありがとうございます

お名前

生年月日

ご連絡先

ご住所 〒

本日のお悩みはいかがですか？

アレルギーはありますか？

良好 普通 少し不調

☐ なし ☐ あり

どこをケアしますか？

気になることをお選びください

☐ フェイス ☐ 頬・耳 ☐ 首・肩 ☐ 胸・手 ☐ 背中・腰 ☐ 足

☐ 乾燥 ☐ 敏感肌 ☐ むくみ ☐ 肩こり

お悩み・セラピストに伝えておきたいことをご記入ください