

カウンセリングシート

ご来店ありがとうございます。お客様の健康状態に合わせた施術のための情報をお聞かせください。

ご来店年月日	年 月			
お名前	フリガナ	生年月日		年齢
		年 月		歳
ご住所	〒			
	TEL			

ネイルサロンのご経験はありますか？
 初めてです 2回目 3回目

ジェルネイルの施術のご経験はありますか？
 初めてです 2回目 3回目

ご来店くださったきっかけは次のうちのどれにあたりますか？
 知り合いからの紹介（紹介者名 様） 広告 チラシ
 近所だから 職場の近くだから 通りがかり その他（ ）

普段 手指をどのようにお使いになっていますか？
 家事 水仕事 パソコンをよく使う 手指を使う仕事をしている
 その他（ ）

現在の爪きで気になっていることがありますか？
 割れやすい・欠けやすい 爪の縦筋・横筋・くぼみ 特にない
 その他（ ）

現在お肌の状態で気になっていることがありますか？
 ささくれがでやすい 乾燥 しわ 血色
 その他（ ）

あなたのネイルサロンに求めるものを教えてください（順番を入れてください）

技術面	サービス面	サロンの過ごし方
<input type="checkbox"/> 施術のスピード	<input type="checkbox"/> 予約が取りやすい	<input type="checkbox"/> ゆっくりしたい
<input type="checkbox"/> 丁寧である	<input type="checkbox"/> 営業時間が長い	<input type="checkbox"/> 急いでほしい
<input type="checkbox"/> もちのよさ	<input type="checkbox"/> 接客の態度がよい	<input type="checkbox"/> 楽しくおしゃべり
<input type="checkbox"/> オフの痛み・ダメージ	<input type="checkbox"/> 口コミの評判	<input type="checkbox"/> しゃべるのは苦手

承諾および合意書

- ・アレルギーはありますか 有り 無し
- ・施術中にかゆみや痛みが生じた場合はすぐにお申し出ください
- ・つけ爪施術後もきちんとしたお直し（リペア）を行ってください
- ・爪の状態によってお直しできない場合もございます

※上記の内容に承諾いただけましたら署名をお願いいたします。

ご署名
