

来店日 年 月 日

NO.

フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日 才	
フリガナ			
住所	〒		
自宅電話	() -	携帯電話	() -
勤務先		メール アドレス	
職業	会社員・自営・パート・アルバイト・主婦・学生・家事手伝い・無職・その他		
DM	可 ・ 不可	送り先	自宅・勤務先・その他 ()

■当サロンを利用しようと思ったきっかけは？

- イーノ ホットペッパー HP チラシ ブログ フェイスブック その他
 ご紹介 (_____ 様)

■脱毛サロンの経験はありますか？ Yes (サロン名 _____) No

◆脱毛方法は？ 光脱毛 医療レーザー ニードル その他

◆脱毛箇所は？ (_____)

◆脱毛期間・費用は？ (____年__月頃～ ____年__月頃まで 計__回 _____円)

◆現在の状況は？ 全く気にならない ほぼ気にならない 多少気になる とても気になる

◆感想は？ (_____)

■アレルギー体質ですか？ 動物 花粉 薬剤 その他 (_____)

■服用されている、もしくはたまに服用されるお薬はありますか？ Yes No

風邪薬 抗生物質 アレルギー抑制剤 精神安定剤 利尿剤

その他 (_____)

■かぶれの経験はありますか？ Yes (いつ？なぜ？ _____) No

■エタノール消毒で荒れたことありますか？ Yes (箇所は？ _____) No

■肌質についてご記入ください。

普通肌 乾燥肌 脂性肌 ニキビ肌 アトピー肌 その他

箇所は？ (_____) 季節は？ (_____)

■紫外線に当たった時のお肌の様子をご記入ください。

吸収して黒くなる 赤くなってすぐひく その他 (_____)

■ 普段のお手入れ（保湿や紫外線、角質ケアなどのケア・頻度）について教えてください。

--

■ 自己処理で気になったことはありますか？（_____）

■ 今までのどのような処理を行ってきましたか？

	いつごろから？	処理箇所	処理頻度
<input type="checkbox"/> カミソリ			
<input type="checkbox"/> 毛抜き			
<input type="checkbox"/> 除毛クリーム			
<input type="checkbox"/> 家庭用脱毛機			
<input type="checkbox"/> その他			

■ 脱毛の希望箇所をご記入ください。

わき 肘下 肘上 手の甲指 膝下 膝上 足の甲指 うなじ 背中上 背中下
胸 お腹 ヒップ 顔 Vライン Iライン Oライン 全身 その他（_____）

■ 刺青・タトゥー・美容整形部位はありますか？ Yes（箇所_____） No

個人情報取り扱いについて

■ **cherile** はお客様の美容と健康に関する商品情報やキャンペーン情報のご案内、商品の開発のためのアンケートのお願い、およびカウンセリングなどのサービスをご提供するために個人情報を利用させていただきます。個人情報をお客様ご本人の同意なく、他の目的に利用することはありません。

■ **cherile** は、個人情報をもとにお客様専用カードをお作りし、そのカードやデータベースを厳重に保管・管理致します。お客様ご本人の承諾なく、第三者に対して個人情報を提供することはありません。ただし、業務を委託するために業務委託先に個人情報を開示する場合があります。その場合には適切な委託先を選定すると共に、委託先との間で個人情報の機密保持に関する契約を交わし、個人情報を適切に管理いたします。

■ 1年以上ご来店が無い場合には、お客様の予約カードを破棄させていただく場合があります。ただし、お客様の個人情報はデータとして引き続き上記目的のために使用させていただく場合があります。

■ お客様の個人情報の開示、変更および削除に関するお問い合わせは、当店までお申し出ください。ご本人であることを確認のうえ、速やかに対応させていただきます。

Cherile（シェリル）

TEL 080-9669-4335