

カウンセリングシート

ご来店年月日	年 月 日		
お名前	フリガナ	生年月日	年 月 日
	年齢		
ご住所	〒		
	TEL		
お仕事	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()		

こちらへご来店くださったのは次のうちどれに該当しますか

紹介(紹介者名 様) 広告 新聞
 自宅に近いから 職場が近いから 通りがかり チラシ その他

ネイルサロンのご利用は何回目ですか

初めて 2回目 3回目～

ジェルネイルの施術は何回目ですか

初めて 2回目 3回目～

現在の爪、お肌の状態で気になるところを教えてください

爪・・・ 割れやすい 欠けやすい 長さが不ぞろい 爪の縦筋・横筋・へこみ 薄い
 肌・・・ ささくれ 乾燥 くすみ キメ・しわ 血色 その他()

手指を普段どのようにお使いですか

家事 水仕事 パソコン 梱包作業 その他()

ネイルサロンに求めるものを教えてください(優先順位をご記入ください)

《サービス》	《技術面》	《過ごし方》
<input type="checkbox"/> 予約の取りやすさ・営業時間	<input type="checkbox"/> もちの良さ	<input type="checkbox"/> ゆっくりしたい
<input type="checkbox"/> サロンの雰囲気・接客態度	<input type="checkbox"/> 丁寧さ	<input type="checkbox"/> できるだけ急いでほしい
<input type="checkbox"/> アドバイス・提案	<input type="checkbox"/> 施術スピード	<input type="checkbox"/> 楽しくお話したい
<input type="checkbox"/> 口コミ・評判	<input type="checkbox"/> 似合わせ力	<input type="checkbox"/> しゃべるのは苦手
<input type="checkbox"/> 通いやすさ・立地	<input type="checkbox"/> ダメージ	<input type="checkbox"/> 雑誌やDVDをみたい
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

承諾書および合意書

- ・アレルギーの有無 (有/無)
- ・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
- ・皮膚疾患が見られる場合は施術できないことがあります
- ・ご自身で無理やり除去されますと爪を痛めることがあります
- ・つけ爪施術後もきちんとしたお直し(リペア)を行いましょう
- ・爪の状態によってお直しできない場合もございます

※上記の内容で承諾いただけましたらご署名をお願いいたします

ご署名
