

お名前			お誕生日	月 日( 歳)
			TEL: 携帯番号:	
ご連絡先	〒	E-MAIL:		
	□ご自宅 □お勤め先 □その他		FAX:	
ご職業	会社役員・会社員・自由業・自営業・主婦・パート その他( )		脱毛のご経験	あり・なし
	DM、メルマガ等を送付しても宜しいですか?		(ありの方)施術方法	レーザー・光・WAX・ニードル・その他
		メール: YES/NO 電話: YES/NO	どの箇所を脱毛 しましたか?	脚・腕・脇・顔 アンダーヘア(V・I・O)

施術の参考にさせていただきますので、下記にご記入ください

現在の通院	なし・あり(病名: )	食生活	規則正しい・不規則・過食気味・食欲不振		
身体の不調症状	肩こり・首のこり・腰痛・頭痛・眼精疲労・関節痛 むくみ・不眠・睡眠不足・便秘・大腸過敏症・体重増 倦怠感・花粉症・アレルギー・じんましん・アトピー その他( )	常用薬	血圧降下剤・頭痛薬・胃薬・便秘薬・整腸剤 睡眠薬・生理痛薬・抗うつ剤・ホルモン剤 経口避妊薬 その他( )		
アレルギー	なし あり=金属・食物・薬・花粉・紫外線・化粧品・その他( )				
生理について		よく摂る嗜好品	コーヒー・甘いもの・刺激物	睡眠時間	時間
生理痛	あり・なし		その他( )		
タバコ	吸わない・吸う1日( )本	アルコール	飲まない・飲む(毎日・時々)		
お肌について 気になること	特に無し・しみ・しわ・たるみ・乾燥・肌荒れ・くすみ・テカリ 毛穴・ニキビ・脂っぼい・敏感・赤ら顔・日焼け跡・アトピー・その他( )				

【施術希望箇所】希望箇所に○をお願いします。

腕(ひじ上・ひじ下)・脚(ひざ上・ひざ下)・脇・アンダーヘア(V・I・O)・顔(口まわり・眉下・鼻)・おなか・胸

その他、気になる箇所があればご記入下さい。