|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Counseling sheet*** | | | | | | | | |
|  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | |  |  |  |  |  |
| お 名 前 |  | | | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |  |
|  |
| TEL |  | | E-mail | | |  | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ◆　前回美容室に行ったのは：　　ヶ月前　内容（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |  |
| ◆　お好みのシャンプーの力加減：　弱め　　普通　　強め | | | | | | | | |  |
| ◆　現在使用しているスタイリング剤： | | | | | | | | |  |
| ◆　日頃のご自宅でのお手入れ： | | | | | | | | |  |
| ◆　過去の施術でのトラブル：　なし　　　あり | | | | | | | | |  |
| （ありの場合）施術内容： | | | | | | | | |  |
| トラブルの内容： | | | | | | | | |  |
| ◆　カラーが染まりにくい：　はい　　　いいえ | | | | | | | | |  |
| ◆　パーマがかかりにくい：　はい　　　いいえ | | | | | | | | |  |
| ◆　その他、髪のお悩みがあればご記入ください | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| （店舗使用欄） | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |