|  |
| --- |
| ***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） |   |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |