

Bullet Facial & Relaxation

No. _____

お名前

生年月日(西暦)

住所 (〒 -)

ご連絡先 _____

緊急ご連絡先 _____

・エステティック・リラクゼーションサロン経験 ☐あり ☐なし

・ご来店目的 ☐痩せたい ☐癒されたい ☐老化予防 ☐体質改善 ☐筋肉をつけたい

・当店にご来店頂いた経路 ☐ご紹介 ☐ホットペッパー ☐グーグル検索 ☐看板 ☐チラシ

・アレルギー ☐あり (食品・植物・金属・日光・化粧品・その他) ☐なし

・お疲れの箇所、集中的に施術されたい箇所 _____

・お体で触られたくない箇所 ☐あり _____ ☐なし

・施術の強さのお好み ☐痛いくらい強め ☐強め ☐しっかり ☐ほどよく ☐やさしく

・お体、お顔で気になるところ、相談したいところ(口頭で構いませんので詳しく教えて下さい。)

※以下はスタッフ記入欄です。ご記入ありがとうございました。

☐Facial ☐Body ☐Relaxation ☐Healthcare 初回ご来店日 _____

お肌のタイプ ☐センシティブ ☐ドライ ☐ノーマル ☐コンビネーション ☐オイリー

皮膚分析 ニキビ ☐あり _____ ☐なし 特徴 _____

色素沈着 ☐あり _____ ☐なし 皮膚の敏感度 1 2 3 4 5

皮膚温度 ☐低い ☐標準 ☐高い ポレーション効果 1 2 3 4 5

代謝 1 2 3 4 5 EMS耐久度 30 40 50 60 70 80 90 浴槽使用 ☐あり ☐なし