

カウンセリングシート

この度はBOOTY SALONへご来店いただきありがとうございます。初めてご来店されるお客様のことをより深く知るために、カウンセリングシートの記入をお願いしております。リラックスして、気軽にお答えいただければ幸いです。

お名前	ふりがな	性別	生年月日	年齢	歳
		男 女	電話		
ご住所				メール	
職業	会社員・自営業・会社役員・パート/アルバイト・専業主婦・大学生/大学院生・高校生・他（ ）				
趣味	旅行・スポーツ・車・フィットネス・映画・読書・音楽・料理・その他（ ）				
当サロンをなにで知りましたか？	HP・Instagram・Twitter・チラシ・ホットペッパー・その他（ ）				
当サロンをお選びいただいた理由を教えてください	ご紹介（紹介者名： ） その他（ ）				

※ご記入いただきましたお客様の個人情報は、商品やサービスに関する情報提供を目的とさせていただきます、その他の目的に利用することはありません。

ご健康状態について					
運動	<input type="checkbox"/> する（ ）	<input type="checkbox"/> しない	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし
化粧品かぶれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）	症状（ ）		
病気・体質	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ケロイド体質 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 皮膚炎などの皮膚疾患 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎				
	<input type="checkbox"/> 光線過敏症（ポルフィン） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 多毛症体質 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> てんかん				
現在の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調（ ）	治療中の病名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
薬	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> ホルモン剤・抗生物質・睡眠薬・その他（ ）				
	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> 頭痛薬・ビタミン剤・便秘薬・その他（ ）				
その他	医師に注意を受けていることや、体質的に気になることがありましたらご記入ください。				

施術について			
本日も希望の施術メニュー	<input type="checkbox"/> ハイパーナイフ <input type="checkbox"/> ハイフ <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> シミケア		
施術希望箇所		脱毛経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（施術年数： ）
■施術につきまして、気になることがありましたらお気軽にご記入ください			
■普段のご自身でのケアを教えてください			
■エステハイフ/脱毛/シミケア・医療ハイフ/脱毛/シミケアのご経験			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> エステであり <input type="checkbox"/> 医療であり ありの場合部位を教えてください（例：全顔ハイフ ）			
■当店へのご要望			
<input type="checkbox"/> くろぎたい <input type="checkbox"/> 眠りたい <input type="checkbox"/> 会話を楽しみたい <input type="checkbox"/> 色々相談したい <input type="checkbox"/> ダイエット方法を知りたい <input type="checkbox"/> その他（ ）			
■施術の方針について			
<input type="checkbox"/> 痛くても我慢して回数を少なく済ませたい <input type="checkbox"/> 痛みが少ないなら多少回数を通っても良い <input type="checkbox"/> その他（ ）			

ご協力有難うございました。

※個人情報の取り扱いについて、お客様かた提供された個人情報は、お客様に対して当社が行うキャンペーンや商品のご案内、プレゼントや配送するために連絡先情報を利用いたします。原則として取得した個人情報は上記以外の利用及び第三者への開示、提供は致しません。個人情報の取扱いには十分注意し、個人情報保護に関する法律やその他の法令を遵守し、厳重に管理いたします。

私は、お手入れを受けるに当たり、以下の内容を理解・事前確認し、同意の上で施術を受けます。

【第1項 施術の内容】

当サロンの光脱毛は毛の再生する働きを弱め、回数を重ね徐々に細かく目立たない毛に変えていく性毛システム制毛システムを目的とした光脱毛です。光脱毛後は、安心・安全で満足度の高いトリートメントをご提供致します。

【第2項 免責事項】

- 1、下記事項については、事前に告知しなければならないものとし、これを懈怠したことに起因する事後トラブルについては一切免責されるものとする。

1-1.1ヶ月以内に予防接種を受けた	YES/NO
1-2.てんかん発生の既往症を受けた	YES/NO
1-3.過敏症	YES/NO
1-4.お酒を飲んできた、もしくは二日酔い	YES/NO
1-5.生理中	YES/NO
1-6.妊娠中または可能性がある	YES/NO
1-7.熱がある	YES/NO
1-8.2日以内に薬を飲んだ	YES/NO
1-9.伝染病と診断された	YES/NO
1-10.紫外線に当たるとかゆみ、発疹がでる	YES/NO
1-11.トリートメント部位の肌の色が濃い、炎症がある	YES/NO
1-12.トリートメント部位に手術または、整形している	YES/NO
1-13.トリートメント部位に薬を塗っている	YES/NO
1-14.トリートメント部位に金属が入っている	YES/NO
1-15.ケロイド体質	YES/NO
1-16.アトピー性皮膚炎	YES/NO
- 2、上記の項目に該当される箇所がある場合は、当日のトリートメントは行えません。また該当されない場合であってもエステティシヤンの判断により中止する場合があります。
- 3、満足した仕上がりまでには、お客様の毛質、肌質により回数などは変わってきます。
- 4、ご契約時およびそれ以前に医師による投薬・診療・手術など（妊娠も含む）を受けたお客様には医師の承諾を得てからトリートメントを開始させていただきます。
- 5、エステティックサービス契約書に際して未成年者等、必要がある場合にはお客様の身分証明書提示をしていただく場合があります。
- 6、他の会員様やスタッフに迷惑をかける行為・言動は、お店の判断によりお手入れを中止させていただく場合があります。
- 7、当店は完全予約制のため、当日15分以上遅刻された場合は、お手入れをお断りさせていただく場合があります。

【第3項 キャンセル料】

当サロンは完全予約制のため、事前に連絡がないキャンセルにつきましては、ご契約内容1回分の額をいただくこととなります。

【第4項 施術後の対応】

- 1、トリートメントに起因し体調の異変、異常、肌トラブルが発生した場合は、速やかに医療機関の受診をお勧めいたします。
- 2、下記内容については、お客様ご自身の判断により医療機関にて診察を受けるものとします。
 - 2-1.事前確認の不遵守及び虚偽・不正確証が存した場合
 - 2-2.一時的に通常生じる皮膚トラブルとなり事前に伝えた処置を怠った場合
 - 2-3.お客様の事由により皮膚トラブルが発生した場合

年 月 日

本人署名 _____ 印

BOOTY SALON 施術同意書

読み終わりましたらチェック欄にチェックしてください。

- 1、成長期の毛に有効な脱毛は、回数を重ねる事によって効果がでてきますが、休止期の毛頭毛根部が白い場合は脱毛効果がない事があります。※色素が無い毛・白い毛・金髪などには反応しません。
- 2、毛周期は部位や、代謝機能によってそれぞれ違いますので脱毛効果も部位や個人差によって回数が異なります。
- 3、脱毛期間の自己処理は、抜け落ちが終わり、次の毛が生えてから電気シェーバーであれば、ほぼ問題ありません。剃刀、毛抜き、ワックス、クリーム等は使用しないでください。
- 4、脱毛期間中は脱毛箇所の日焼けは必ず避けてください。外出時には必ず日焼け止めを使用し、紫外線対策をして下さい。※あまりにも日焼けされている場合、お手入れを延期する場合がありますので、ご了承ください。
- 5、妊娠中、また妊娠の疑いがある方はホルモンバランスが安定していないため避けてください。※脱毛期間中に妊娠されましたら、必ず事前にお申し出ください。
- 6、糖尿病、皮膚病、日光アレルギー、日焼けをされる予定のある方、刺青、ほくろの上の脱毛は出来ませんので必ず事前にお申し出下さい。
- 7、アレルギー、現在病院に通院されている方、薬を服用されている方、その他の症状によっては主治医の同意が必要となる場合があります。
- 8、お身体、お顔に金属等が入っている場合、部位によっては施術ができません。そのような場合には必ず事前にお申し出ください。※美容整形されている方も同様です。
- 9、お手入れ2日前～当日までに電気シェーバーで、毛の処理をお願い致します。※ただし、襟足、背中、腰、ヒップ等、お客様のお申し出によりシェービングさせていただく事がありますが、その際のトラブルに関しては、お客様の自己責任になりますので、ご了承ください。
- 10、症状や体質等について念入りにカウンセリングさせて頂きますが、体質、症状、部位、体調、によっては高波が合わない方もいらっしゃる事があります。この場合、当サロンでは責任を負いかねますのでご了承ください。但、万一お肌に異常があった場合はすぐにサロンに連絡いただき、サロンの指示に従ってください。
- 11、未成年の方は、親権者の同意が必要となります。
- 12、確認のためお客様の身分証を確認させて頂く場合がございます。
- 13、女性のお客様へ施術の際お肌に接触することがあります。また、施術箇所によってはお肌に手を添えて施術行う場合もございますのでご了承ください。
- 14、当サロンでの皮膚トラブルや皮膚疾患、病気、怪我、またそれらに付随する一切のトラブルには責任を負いかねますのでご了承ください。

私は上記の内容を理解し、私の意思で施術を同意します。

年 月 日

本人署名 _____ 印

親権者様各位

平素は、格別のご愛顧をいただきありがとうございます。

弊社では、未成年者のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びエステティックサービスをご契約いただく場合、本承諾書にて親権者様（他に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者とします）のご承諾いただいております。

親権者様のご署名・ご捺印の上、カウンセリング時に必ずご持参いただきますようお願いいたします。お忘れになると、カウンセリングを受けられませんのでご注意ください。以下の全ての項目について、親権者様ご本人でご記入をお願い致します。

BOOTY SALON 未成年者契約同意書

BOOTY SALON御中

ご契約者様の氏名 氏名 _____

ご契約者様の生年月日 平成 年 月 日（ 歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）として、契約者がBOOTY SALONにおいてエステティックサービス（脱毛）の契約と施術を受けることに同意します。

平成 年 月 日

親権者氏名 氏名 _____（続柄： ） 印

親権者住所 _____

親権者電話番号 _____

※親権者様ご本人が署名・捺印してください
※同意書に不満があるときはカウンセリングを受けられませんのでご注意ください
※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません