◆　縮毛矯正　カウンセリングシート　◆

お手数ですが本ファイルをプリントして、太線枠内の該当事項をご記入の上、ご来店時にお持ち下さい。お手数をお掛けしてまことに申し訳ありませんが、何卒宜しくお願い致します。**予約を取られて、全ての必須項目に記載されるとオールヘッドコースの初回に限り正規料金から 300 円の割引クーポンとなります。**

ご来店日（ご予約日）	平成　　年　　月　　日
ご氏名　（必須）	
ご住所	〒
ご連絡先　（必須） ☐ 携帯　　☐ ご自宅	
ご職業	
縮毛矯正履歴（必須）	☐　縮毛矯正を掛けた事がない ☐　縮毛矯正は久しぶりに掛ける 前回掛けたのは（　　）ヶ月前 ☐　縮毛矯正は１年に（　　）回掛ける 又は　（　　）ヵ月ごとに掛ける 前回掛けたのは…約（　　）ヶ月前 ☐　ドラッグストアー購入のストレート剤を使った事がある 使ったのは…約（　　）ヶ月前
ヘアカラー履歴（必須）	☐　ヘアカラーをしたことがない ☐　染めるのは美容室が多い 直近で染めたのは…約（　　）ヶ月前 美容室で（　　）ヵ月ごとに染める ☐　ドラッグストアー購入のカラー剤を使用した事がある 使ったのは…約（　　）ヶ月前 ドラッグストアーのカラー剤で（　　）ヵ月ごとに染める
普段のお手入れ（必須）	【シャンプー後のお手入れ】 ☐　自然乾燥。又はドライヤーである程度ブローして半乾き。 ☐　ドライヤーでブローしてしっかり乾かす。 【お出かけ前のお手入れ】 ☐ 乾燥毛をブローする　　☐ 一度髪を濡らしてブローする ☐　ブローし直して、ストレートアイロンを使用する ☐　ブローし直して、丸アイロンでカールさせる
普段使用されているシャンプー等の銘柄（必須）	シャンプー＝（　　） ブローローションなど＝（　　）
サロン記入欄	

プライバシーポリシー：記載内容はサロンでの施術にのみ使用させていただきます。