

年 月 日( )担当: / カルテNO: HPB登録

## ブラジリアンワックス脱毛

(フリガナ)		男・女	西暦	年	月	日( 歳)
お名前			血液型	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O
		身長	cm	☎	-	-

ご住所	〒 -

ご職業 学生 会社員 主婦/夫 自営業 メディア系 美容系 医療系 その他( )

忘れないように、ご予約日時のお知らせメール配信を希望されますか？ YES NO

☒アドレス @

当サロンは何で知りましたか？

雑誌( ) HP/インターネット 通りすがり その他( ) 紹介( 様)

予約希望日 平日 土日祝日 なし 希望時間 10:00~14:00 14:00~17:00 17:00~ラスト

### ＜次の事柄について、正確にお答え下さい＞

**【以下の項目に該当する方にはワックス脱毛をご提供できませんのでご確認下さい】**

- 風邪薬など抗生物質を含む薬を服用中の方
- Retin-A成分を含むニキビ薬や化粧品を使用中の方
- 皮膚疾患をお持ちの方、お薬(抗ヒスタミン剤配合)を使用中の方
- アレルギー体質の方
- 希望部位にピーリング・アシッド系処置を2週間以内にされた方
- 放射線治療や化学治療を受けられていらっしゃる方
- 副作用に発疹の注意事項のあるお薬を服用されている方
- 皮膚が薄い部分や乾燥が進みすぎている箇所が希望部位にある方
- かさぶたや怪我、炎症を起こしている箇所が希望部位にある方
- お肌の弱い方は、まれに内出血になる場合がございます。
- その可能性箇所についてサービスを直ちに中止させていただきます。
- 甲状腺異常あるいはその疑いがある方
- 性病があるまたはその疑いがある方
- 妊娠初期・授乳中の方
- 精神的に不安がある方。精神疾患の薬を服用している方
- タトゥーを入れた直後の部位。日焼け直後の部位はできません。

ワックス脱毛経験は？ 初めて ある 部位記入

ある方は いつ頃からされましたか？ \_\_\_\_歳ごろ \_\_\_\_年前から

ワックス脱毛するにあたりご質問・ご要望・心配事はございますか？ご記入願います。