

カウンセリングシート

当店ではお客様にご満足していただけるよう心を込めて施術させて頂きたいと思っております。

このカウンセリングシートは、お客様が本当に求めているスタイルや悩みを知る為やお客様一人一人の髪質に合わせて、最適な薬剤選定、施術をするためのシートです。

お忙しいところ恐縮ですが、ご記入よろしくお願い致します。

■お名前 様 ■誕生日 年 月 日

■住所 〒 ー

■電話番号 ■E-Mail

●-----下記のご自身が当てはまる項目にチェックまたは記入してください-----●

ご来店のかきかけ

- ホームページ 通りがかり 紹介(様) チラシ・パンフレット
 以前から知っていた その他()

本日の時間について

- 少し時間に余裕がある できるだけ早くして欲しい (時 分) までにしてほしい

本日のスタイルについて

- 今のスタイルは変えずに軽く整えたい 伸ばしていきたい イメージチェンジしたい
 少し変えてみたい 希望のスタイルがある 相談して決めたい お任せ

髪の悩みについて

- 傷み 直毛 広がり クセ 褐色 頭皮のかゆみ
 ボリュームがない ボリュームがある その他()

前回カットしてどの位ですか

- 1ヵ月以内 2~3ヵ月以内 4~5ヵ月以内 半年以内 1年以内

毎日のスタイリング時間について

- しない 約5分 約10分 約20分 約30分 それ以上

アレルギーについて

- 特にない アレルギーがある 何かあればお書きください()

今まで来店された美容室での不満(接客・技術)、失敗について教えてください。