

お客様情報

フリガナ			
お名前			
生年月日	年 月 日（ 歳）	電話番号	
メール			
ご住所	〒 -		
ご来店のきっかけ	☐ ご紹介（ 様） ☐ SNS ☐ 検索 ☐ 通りがかり ☐ その他（ ）		

カウンセリング

メニュー	☐ ハンド ☐ フット ☐ ジェル ☐ スカルプ ☐ ネイルケア ☐ オフのみ
爪のお悩み	☐ 割れやすい ☐ 薄い ☐ 二枚爪 ☐ 巻き爪 ☐ 深爪 ☐ 甘皮・ささくれ ☐ 乾燥
ご希望の形	☐ スクエア ☐ スクエアオフ ☐ ラウンド ☐ オーバル ☐ ポイント 長さ ☐ 短め ☐ ふつう ☐ 長め
アレルギー・かぶれ	☐ なし ☐ あり 内容： ジェル・アクリル・リムーバーなどで、かゆみや赤みが出たことがある方はご記入ください
お仕事などの制限	☐ 特になし ☐ 長さの制限あり ☐ 色の制限あり（内容： ）
ジェルの持ち	☐ はじめて ☐ 2～3週間 ☐ 3～4週間 ☐ 浮きやすい（ 日ごろ）
好きな色・デザイン	好きな色、苦手な色、イメージ（写真の持ち込みも歓迎です）

スタッフ記入欄

爪の状態	厚さ・反り・亀裂・グリーンネイルの有無など
使用材料	ベース／カラー／トップ：
メモ	アートの詳細・次回のご提案・会話のメモなど

☐ ご記入いただいた情報は、施術とご来店に関するご連絡のためだけに使用し、適切に管理します。上記に同意します。

ご署名： _____

担当： _____

お名前 _____ 様

日付	メニュー	担当	使用カラー・デザイン・材料	オフ・持ち・メモ
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				