

カウンセリングシート

本日はご来院ありがとうございます

(フリガナ)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

TEL _____ 携帯 _____

Mail _____ @ _____

アレルギーはありますか

(いいえ・はい (花粉症・金属・アルコール・食べ物・その他))

何をご覧になって来院されましたか (HP・チラシ・EPARK・紹介 (どなたの))

今までにほかの病院・サロンに行ったことがありますか (はい ・ いいえ)

行ったことがある場合は、どこでどのような施術を行いましたか

(_____)

今回の施術に関してご質問・ご意見がございましたらご記入ください

(_____)

当クリニックから発信されるキャンペーン情報を希望されますか？

(希望する ・ 希望しない)

ご記入ありがとうございました

おのクリニック美容皮膚科