



ヘナ カウンセリング シート

HENNA COUNSELING SHEET

ヘナは安全性の高いメニューになりますが、お客様の状態によって、トラブルが起こる可能性があります。トラブルを未然に防ぐために、ご記入をお願いしております。

氏名	住所	電話番号
様		()

Q1 頭皮で気になる部分がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方、気になることをお書きください。

【 】

Q2 過去にヘアカラーでカブレを起こした事がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方、いつ頃カブレを起こしたかお書きください。

【 】

Q3 植物アレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方、アレルギー

【 】

Q4 抗生物質を服用されてますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は、服用後髪質がかわりましたか？

【 】

Q5 今まで、ヘナでカブレた事がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方、ヘナを何処でしましたか？

【 】

Q6 現在の体調は悪いですか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方、体調の悪い状態をお書きください。

【 】

※「はい」がある方はパッチテスト後、問題がなければ、
施術をいたします。パッチテストなしで、施術をご希望の方は、
カブレ等の問題が発生した場合、美容室に責任を負わせな
い事をご了承の場合は、サインをお願い致します。

日付	サイン
年 月 日	

※パッチテストを行わずにヘナをする

パッチテストを行わずに施術をする事に同意しますか？ はい ・ いいえ