

カウンセリングシート

本日はまどろびにご来店いただき誠にありがとうございます
お客様だけの特別な施術にするためにご記入ご協力ください。

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

電話番号

・ 当店をお知りになったきっかけ

☐

ご紹介

☐

WEB検索/まどろびHPから

☐

SNS

・ 通院・服薬の有無

・ 手術歴、感染症

☐

いいえ

☐

はい

☐

いいえ

☐

はい (可能な範囲で教えてください)

・ 今の疲労度や特に辛い部位

☐

腕・肩

☐

太もも

☐

ふくらはぎ

☐

背中・腰

☐

鼠蹊部

☐

頭

・ 今回の目的

☐

リラクゼーション

☐

ストレス解消

☐

精神的疲れを癒したい

☐

性的なエネルギーの浄化

・ ご要望事項 (チェックしてください)


☐

アイマスクの有無

☐

制約を感じることなく、自分自身の体の感性を楽しみたい

☐

自己の新しい扉を開いてみたい

☐

解放感を得たい/コアな施術を受けたい

☐

カラダを開発してみたい

☐

秘密をうちあけたい

・ その他ご要望やご不安なことはありますか？

(触ってほしくない部位・お願いしたいことなど恥ずかしがらず本当になんでも書いてくださいね！)

※ ご提供いただいた個人情報を当サロンの施術にのみ使用いたします。第三者へ開示することはありません。

まどろび