

カウンセリングシート		月	日
お名前		ご住所	
担当者のご希望	まかせる。 指名()		
時間	ある。 時 分までに。 (無理な場合はご容赦下さい。)		
ヘアスタイル	気に入っている。		気に入っていない。
	変えたくない。 少し変えてみたい。		変えてみたい。
	切りたくない。 少しなら切ってもよい。		切ってもよい。
	ウェーブはいらない。 少しのウェーブならよい。		ウェーブヘアがよい。 ストレートヘアがよい。
	希望のヘアスタイルがある。 (芸能人)		希望のヘアスタイルはない。
髪の色	明るくしてみたい。 今のままでよい。 暗くしたい。		枝毛(毛先)の色が気になる。 白髪が気になる。
髪質	気に入っている。		気に入っていない。
ヘアケア	髪が傷みやすい。 現在、傷んでいる。		健康だと思っている。 関心がない。
スタイリング	スタイリング方法を教えてほしい。 スタイリング剤の使用方法を知っている。 かっこいいヘアスタイルを維持したい。		必要ない。 知らない。 別に構わない。
ご希望の仕上がり感	ふんわりとしたい。 しっとり感が欲しい。 がっちり固めたい。		サラサラにしてほしい。 ハリ・コシが欲しい。
アレルギー	無		有