

カウンセリングシート

お客さまのお名前

連絡先

ヘッドスパの注意事項、禁止事項

- 1・アルコールを飲んでいる
- 2・発熱や風邪など体調不良がある
- 3・過去・現在において、頭部の怪我や病気がある（※施術可能です）
- 4・アレルギーがある。頭皮に傷や腫れ物がある
- 5・現在妊娠中である（※施術可能です）

※当サロンでの施術によって、アレルギーなどによる諸症状の発症に関しては、一切の責任を負いません。
※ヘッドスパを施術することにより、頭・首・肩の筋肉痛が起きる場合がございます。普段運動できていない筋肉を動かしているために起きる、好転反応です。

※施術後の飲酒は酔いやすくなること、効果が半減することがありますので、おすすめいたしません。

※アレルギーはありますか？ なし あり（ ）

わたしは上記内容を理解し、わたしの意志で施術を同意します。

年 月 日 署名

ヘッドスパとは・・・

★美容 ★癒し ★健康

この3つの領域が同時にポジティブになることです。

お客さまのご希望は・・・？

今回のヘッドスパで、どのようなことを期待しますか？

- 1 リラックスorリフレッシュ効果
- 2 悩みを解消 →ネガティブな箇所（筋肉）へ積極的にアプローチします。
- 3 リラックスorリフレッシュ効果と、悩み解消の両方 →施術の前半と後半で、アプローチを変えていきます。

チェック項目

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 眼精疲労 | <input type="checkbox"/> あごが痛い 食い縛りがある |
| <input type="checkbox"/> フケが出たり、頭皮が痒い （細かいフケ・大きなフケ） | <input type="checkbox"/> イライラしたり、 頭の中がモヤモヤする |
| <input type="checkbox"/> 頭皮や髪がベタつく | <input type="checkbox"/> 髪質や量が気になる |
| <input type="checkbox"/> 肩凝り | <input type="checkbox"/> 喜怒哀楽が激しい |
| <input type="checkbox"/> 首の凝り | <input type="checkbox"/> 白髪が増えてきた |
| <input type="checkbox"/> むくみが気になる | <input type="checkbox"/> お顔のシワやハリが気になる |
| <input type="checkbox"/> 頭皮の匂いが気になる | <input type="checkbox"/> 疲れが取れにくい |
| <input type="checkbox"/> 頭が重く感じたり、頭痛がある （側頭部・後頭部） | <input type="checkbox"/> 集中力が低下している |
| <input type="checkbox"/> 睡眠不足（一日中眠たい） | <input type="checkbox"/> 顔の血色やクマが気になる |
| | <input type="checkbox"/> 活力が湧いてこない |

