

お名前	電話番号
ご住所 〒	

美容室に行こうと思ったきっかけは何ですか？	
希望のヘアスタイルの写真がある…	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない（写真をお持ちの場合、ご持参下さい）
ご持参された写真のスタイルのどの部分が好きですか？	
髪のかせやスタイリングについてのお悩みはありますか？	
毎日スタイリングはどのくらいの時間で済ませたいですか？	○朝… 分 ○夜… 分
普段のスタイリングはどのようにされていますか？	<input type="checkbox"/> タオルドライのみ <input type="checkbox"/> 手グシでブロー <input type="checkbox"/> ドライヤーとブラシでセット
普段使用されているスタイリング剤は何ですか？	
今までにしたヘアスタイルで「イヤだったスタイル」または「こうされるとイヤだということ」はありますか？	
美容室に行こうと思ったきっかけは何ですか？	
現在のヘアスタイルについてお聞かせ下さい。	<input type="checkbox"/> 気に入っている <input type="checkbox"/> 気に入っていない <input type="checkbox"/> 変えたくない <input type="checkbox"/> 少し変えてみたい <input type="checkbox"/> 変えてみたい <input type="checkbox"/> 短くしたい <input type="checkbox"/> 長さは変えたくない <input type="checkbox"/> 伸ばしている途中 <input type="checkbox"/> 毛先を揃えたい
髪の色について	<input type="checkbox"/> 明るくしたい <input type="checkbox"/> 今のままで良い <input type="checkbox"/> 暗くしたい
髪のボリュームは…	<input type="checkbox"/> おさえたい <input type="checkbox"/> 出したい
今の髪の傷み具合は…	<input type="checkbox"/> サラサラにしたい <input type="checkbox"/> しっとり感が欲しい
頭皮のかゆみは…	<input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> 気にならない
抜け毛は…	<input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> 気にならない
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
好きなスタイルは	<input type="checkbox"/> キュート <input type="checkbox"/> クール <input type="checkbox"/> コンサバ系 <input type="checkbox"/> ナチュラル <input type="checkbox"/> エレガント <input type="checkbox"/> その他（ ）
本日で希望されるメニューは何ですか？	<input type="checkbox"/> カット <input type="checkbox"/> パーマ <input type="checkbox"/> カラー <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当者のご希望はございますか？	<input type="checkbox"/> 任せる <input type="checkbox"/> 希望（ ）
その他、ご自由にご希望をご記入下さい。	

※個人情報の取り扱いについて

お客様にご提供いただいた個人情報をお客様の同意無く第三者に提供したり、公開したりいたしません。

但し、個人情報を判別できない統計的なデータ（数値的なデータ）として利用する場合、法的な情報開示が求められた場合は、この限りではありません。