

ふりがな			
ご利用者氏名			歳 男性・女性
ご住所	〒		
電話		生年月日	年 月 日生

該当するところに○をつけてください。

メニュー	カット 3000円	顔剃り 500円	シャンプー 1000円	ヘアカラー 7000円	パーマ 8000円	エステ 500円
希望日	月	日	曜日	午前	午後	夕方
メモ						
認定	要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5・障害認定 級					
施術時の状態	座れる(椅子・車椅子・ベッド上) ・ 寝たきり ・ その他					
施術場所	リビング ・ 洗面所 ・ お風呂場 ・ ベッド上 ・ その他					
付き添い	付き添い 有 ・ 無					
駐車場	無 ・ 有 ( )					

訪問当日連絡先	
---------	--

ふりがな ご紹介者氏名	
ご住所	
電話	

ご希望のヘアスタイル ※☑を入れてください	
横の長さ	<input type="checkbox"/> 刈り上げる <input type="checkbox"/> 少しだけ刈り上げる <input type="checkbox"/> スッキリ耳を出す <input type="checkbox"/> 耳上にかかるくらい <input type="checkbox"/> 耳の半分くらい <input type="checkbox"/> 耳が隠れるくらい <input type="checkbox"/> 耳たぶの下くらい <input type="checkbox"/> その他
前髪の長さ	<input type="checkbox"/> 短く <input type="checkbox"/> まゆ毛が出るくらい <input type="checkbox"/> まゆ毛くらい <input type="checkbox"/> まゆ毛が隠れるくらい <input type="checkbox"/> 揃えるくらい <input type="checkbox"/> その他
後ろの長さ	<input type="checkbox"/> 刈り上げる <input type="checkbox"/> 少しだけ刈り上げる <input type="checkbox"/> えりあしギリギリ <input type="checkbox"/> 揃えるくらい <input type="checkbox"/> 長め <input type="checkbox"/> 自然な感じに <input type="checkbox"/> その他

■本人様・家族様からのご要望
----------------

ふりがな	やまだ たろう	
ご利用者氏名	山田 太郎	85 歳 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
ご住所	〒000-0000 大阪府〇〇市〇〇町1-1-1 〇〇マンション101号	
電話	000-000-0000	生年月日 19XX年 1月 1日生

該当するところに○をつけてください。

メニュー	<input checked="" type="radio"/> カット 3000円	<input checked="" type="radio"/> 顔剃り 500円	シャンプー 1000円	ヘアカラー 6000円	パーマ 7000円	エステ
希望日	1月 1日	月 曜日	<input checked="" type="radio"/> 午前	<input type="radio"/> 午後	<input type="radio"/> 夕方	
メモ	例) 午後から訪問入浴があります。					
認定	要支援 ・ 介護度1 ・ 介護度2 ・ <input checked="" type="radio"/> 介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5 ・ 障害認定 級					
施術時の状態	<input checked="" type="radio"/> 座れる ( <input checked="" type="radio"/> 椅子 ・ 車椅子 ・ ベッド上 ) ・ 寝たきり ・ その他					
施術場所	<input checked="" type="radio"/> リビング ・ 洗面所 ・ お風呂場 ・ ベッド上 ・ その他					
付き添い	付き添い <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無					
駐車場	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( )					

訪問当日連絡先	090-0000-0000
---------	---------------

ふりがな ご紹介者氏名	やまだ はなこ 山田花子(ケアマネージャー)
ご住所	大阪府〇〇市〇〇町1-1-1
電話	000-0000-0000

ご希望のヘアスタイル ※ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	
横の長さ	<input checked="" type="checkbox"/> 刈り上げる <input type="checkbox"/> 少しだけ刈り上げる <input type="checkbox"/> スッキリ耳を出す <input type="checkbox"/> 耳上にかかるくらい <input type="checkbox"/> 耳の半分くらい <input type="checkbox"/> 耳が隠れるくらい <input type="checkbox"/> 耳たぶの下くらい <input type="checkbox"/> その他
前髪の長さ	<input type="checkbox"/> 短く <input checked="" type="checkbox"/> まゆ毛が出るくらい <input type="checkbox"/> まゆ毛くらい <input type="checkbox"/> まゆ毛が隠れるくらい <input type="checkbox"/> 揃えるくらい <input type="checkbox"/> その他
後ろの長さ	<input checked="" type="checkbox"/> 刈り上げる <input type="checkbox"/> 少しだけ刈り上げる <input type="checkbox"/> えりあしギリギリ <input type="checkbox"/> 揃えるくらい <input type="checkbox"/> 長め <input type="checkbox"/> 自然な感じに <input type="checkbox"/> その他

■本人様・家族様からのご要望  
 例) 左分けの七三。右耳が聞こえにくいです。