

医療脱毛 問診票

ふりがな		年齢	性別	生年月日	職業
お名前		オ	女・男	年 月 日	
住所	〒 -			携帯	
				自宅	
保護者名		続柄		携帯	

1、現在、自己処理している部位すべてに○をつけてください。

全身 ・ 脇 ・ 腕（ひじ下・ひじ上・手の甲、指） ・ 足（太もも・膝頭・膝下・足の甲、指） ・ 胸 ・ 腹部
 背中 ・ 顔（額・両頬・鼻下・顎・顎下） ・ ひげ ・ 首 ・ うなじ ・ VIO ・ その他（ ）

2、これまで脱毛を受けられたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

医療脱毛 光（エステ・サロン）脱毛 ニードル脱毛 家庭用脱毛器 その他（ ）

3、2で「はい」とお答えいただいた方はご記入ください。いつ、どの部位の治療を受けられましたか？

全身 ・ 脇 ・ 腕（ひじ下・ひじ上・手の甲、指） ・ 足（太もも・膝頭・膝下・足の甲、指） ・ 胸 ・ 腹部
 背中 ・ 顔（額・両頬・鼻下・顎・顎下） ・ ひげ ・ 首 ・ うなじ ・ VIO ・ その他（ ）
 いつ頃（ ）

4、普段のムダ毛処理の方法を教えてください。

かみそり 電気シェーバー 除毛クリーム 毛抜き その他（ ）

5、普段、日焼けをする機会はありますか？（1ヶ月以内のものには下線も引いてください）

趣味 仕事 スポーツ・部活動 通勤・通学 その他（ ）

また、日光に当たったときの皮膚の反応はどうなりますか？

- すぐ赤くなるだけ すぐ赤くなり、少し褐色になるがすぐ消える
 時々赤くなり、日焼けの褐色が残る ほぼ赤くならず、すぐに日焼けの褐色になる

6、今後近いうちに、大切なご予定はありますか？（同窓会、成人式、結婚式、披露宴 など）

はい ⇒ （ 年 月 日 内容： ）
 いいえ

7、以下に当てはまることがあればチェックをつけてください。 ※該当する方はこの治療を受けられないことがあります

<input type="checkbox"/> 活動性、慢性の重度感染症 <input type="checkbox"/> 皮膚がん（皮膚がんの既往歴又は治療部位に前がん病変がある場合を含む） <input type="checkbox"/> 抗凝固薬剤使用中または血液凝固異常あり <input type="checkbox"/> 何らかの皮膚トラブル（光線過敏症・アトピー性皮膚炎・あざ、ケロイド、切り傷・擦り傷等） <input type="checkbox"/> アートメイクやタトゥーがある（部位： ）	<input type="checkbox"/> 妊娠中、授乳開始1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> ケロイド体質 <input type="checkbox"/> アルコール中毒、コントロール不良の糖尿病 <input type="checkbox"/> 治療部に金属プレート・シリコン・金の糸が入っている <input type="checkbox"/> 肌が弱い体質である <input type="checkbox"/> 麻酔薬にアレルギーがある
---	---

8、今回受診したきっかけを教えてください。（いくつでも）

ホームページ Web 広告 駅看板 道路沿いの看板 電柱広告 Web の口コミ
 家族 知人 他院_____から紹介されて LINE メッセージ
 院内掲示 過去来院 通りがかり その他（ ）