

## しみ外用・内服治療 カウンセリングシート

お名前	ふりがな	性別	生年月日
		女・男	M・T・S・H 年 月 日 ( 才 )
ご住所	〒		電話

①治療をご希望される部位はどこですか？



②しみ治療は、原則、保険外治療になりますがよろしいですか？ はい ・ いいえ

③今までに何か治療したことはありますか？（現在も含め）○をお付け下さい。

エステ ・ 美容外科 ・ レーザー治療 ・ その他（ ）  
 → 内容 （ ）  
 時期 （ ） 年前 ・ ヶ月前  
 期間 （ ） 年間 ・ ヶ月間

④健康状態について当てはまるものに○をつけ、ご記入下さい。

- ・ 既往歴            なし ・ あり （病名：                      ）
- ・ アレルギー        なし ・ あり （病名：                      ）
- ・ 薬・サプリメント   なし ・ あり （名前：                      ）
- ・ 妊娠の可能性        なし ・ あり     妊娠（          ）ヶ月目
- ・ 授乳                なし ・ あり

⑤シミ治療は遮光がとても大事になります。生活状態について、当てはまるものに○を付けて下さい。

- [illegible]

⑥2. 3ヶ月以内に何か大事なご予定はありますか？（結婚式、成人式、同窓会etc）

なし ・ あり → 何が ( ) 　いつ頃？ ( )

⑦始める前にお化粧なしで写真を撮ります。本日より治療を希望しますか？

(洗顔やその後のメイクの必要な方はお声掛けください)

希望する ・ 今日の話のみで次回から希望する（初診料はかかります）

裏面に続く→

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。