

問診票(脱毛用)

ID _____ 氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今回、脱毛を希望される部位はどちらになりますか？

全身（両脇、全腕、上腕、背中、太もも、膝、膝下） ・ 全身+V I O

【各部分ごと】

両脇 ・ 前腕 ・ 上腕 ・ 背中（上部） ・ 背中全体 ・ 太もも ・ 膝 ・ 膝下
両手の指 ・ 両足の指 ・ 乳輪周囲 ・ V ・ I ・ O

②医療機関・エステサロンなどでの脱毛の経験はありますか？

ない あるいは（いつ： _____ どこで： _____ 部位： _____）

③現在、病気や美容目的などで病院へ通われていますか？

通院していない

通院中（何科： _____ 通院内容： _____）

④これまでにかった大きな病気はありますか？

ない あるいは（ _____ ）

⑤現在、常用しているお薬、漢方薬、健康食品などはありますか？

ない あるいは（ _____ ）

⑥アレルギーはありますか？（食品・薬・動物・花粉症など含む）

ない あるいは（ _____ ）

⑦麻酔薬のアレルギーはありますか？

ない ・ あるいは

⑧過去に化粧品トラブルはありましたか？

ない あるいは（いつ頃： _____ 商品名： _____ どのような： _____）

⑨これまでにかった大きな病気、または現在、治療中の病気はありますか？

ない あるいは（ _____ ）

⑩現在、体内に金属類を入れていますか？（心臓ペースメーカーや、骨折などによるボルトなど）（※虫歯治療などの金属は除く）

入っていない 入れている（部位： _____）

⑪女性の方のみ

妊娠中（ _____ カ月） ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

⑫日頃紫外線にあたる機会は多いですか？

少ない 運動・洗濯を干す程度 多い

⑬日頃から、紫外線ケアを行っていますか？またその対策方法を教えてください。

紫外線ケア： あまり気にしていない 気にしているが行なってない 気にしている
対策方法： 日焼け止め又は下地 SPF（ _____ ） ・ 日傘 ・ サングラス ・ 長袖の服
帽子 ・ 抗酸化ビタミン摂取 ・ その他（ _____ ）

⑭当院を知ったきっかけは何ですか？

インターネット ・ テレビ（ _____ ） ・ ラジオ（ _____ ） ・ 雑誌（ _____ ）
看板 ・ 友人、知人の紹介（ _____ 様） ・ その他（ _____ ）

診察、施術のキャンセルは、ご予約の前日中（24時まで）にお願いいたします。
診察時間外は当院の留守番電話をご利用下さい。当日ご連絡いただいた場合には
代金の50%、連絡のないキャンセルは100%頂戴しております。
あらかじめご了承くださいませ。

