

問診票

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

IPL光治療用

ふりがな

氏名 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 ____ 月 ____ 日 性別 男・女

住所 _____ 電話番号 _____

該当する項目の□にレ点をつけてご回答ください。

①過去にシミ治療をされた経験はありますか？

- ☐ はい→☐医療機関 ☐エステサロン どの部位ですか？()
☐ いいえ

②現在治療中の病気や、過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？

- ☐ はい→具体的にお書きください()
☐ いいえ

③現在お薬を飲んだり、塗ったりされていますか？

- (治療薬、漢方薬、サプリメント、ハイドロキノン、トレチノイン、ニキビ治療薬等)
☐ はい→具体的にお書きください()
☐ いいえ

④アレルギーはありますか？

- ☐ はい→具体的にお書きください()
☐ いいえ

⑤肌のトラブルや皮膚疾患はありますか？(アトピー、ケロイド、腫瘍、ヘルペス、肝斑等)

- ☐ はい→具体的にお書きください()
☐ いいえ

⑥体内に挿入物がありますか？(ペースメーカー、ボルト等)

- ☐ はい→具体的にお書きください()
☐ いいえ

⑦最近の美容医療歴はありますか？

- (ヒアルロン酸注入、リフトアップ、ボトックス、ホクロ除去、脱毛、アートメイク、プロテーゼ等)
☐ はい→具体的にお書きください()
受けたのはいつ頃ですか？()
☐ いいえ

⑧女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？

- ☐ はい・妊娠()ヶ月 ☐ いいえ ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中

⑨肌のお悩みをお選びください。(複数回答可)

- ☐ 毛穴 ☐ 酒さ(毛細血管拡張症) ☐ シミ ☐ ソバカス ☐ 赤み ☐ ニキビ ☐ ニキビ跡 ☐ 肝斑

ご協力ありがとうございます。

当日は顔の剃毛をご自身で行ってからご来院ください。