

問診票

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

医療レーザー脱毛用

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□にシ点を付けてご回答ください。

①体毛はどのように自己処理されていますか？

未処理 シェービング 毛抜き 脱毛クリーム 家庭用脱毛器 その他()

②過去に脱毛された経験はありますか？

はい→医療機関 脱毛サロン エステサロン どの部位ですか?()

いいえ

③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

④現在何かお薬を飲まれていますか？(治療薬、漢方薬、サプリメント等)

はい→具体的にお書きください()

いいえ

⑤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体内に金属が入っていますか？(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

⑧脱毛ご希望箇所をお選びください。(複数回答可)

両脇 肘上 肘下 手の甲、指 膝上 膝下 足の甲、指 うなじ お胸 お腹
背中上 背中下 女性：顔(全体 口周り 眉周り) 女性：VIO 女性：お尻
男性：ヒゲ(全体 鼻下 あご 両頬)

ご協力ありがとうございます。