

# 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

### ⑥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

### ⑦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

### ⑧最近2週間以内にヒアルロン酸注入やリフトアップ等の美容施術を受けられましたか？

はい→具体的にお書きください( )

いいえ

### ⑨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

### ⑩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 膝上 膝下 手の甲、指 足の甲、指 お腹 胸

背中(上) 背中(下) うなじ

女性:VIO 女性:臀部 女性:顔全体 男性:ひげ全体 男性:顔全体

ご協力ありがとうございます。