

医療脱毛問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	T・S・H・R
お名前		男・女	年 月 日	年 月 日
			職業	
住所	〒 ※番地・号室等正確にご記入ください			
携帯電話		電話番号	※日中連絡がとれる番号をご記入ください	
メールアドレス		メール送付	可 ・ 不可	

- ご希望の部位はどちらになりますか？
脇・腕（ひじ下・ひじ上・手の甲、指）・足（太もも・膝頭・膝下・足の甲、指）・胸・腹部・背中
顔（額・両頬・鼻下・顎・顎下）・ひげ・首・うなじ・VIO・その他（ ）
- これまで脱毛を受けられたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
医療脱毛 光（エステ・サロン）脱毛 ニードル脱毛
家庭用脱毛器 その他（ ）
- 2で「はい」とお答えいただいた方はご記入ください。いつ、どの部位の治療を受けられましたか
脇・腕（ひじ下・ひじ上・手の甲、指）・足（太もも・膝頭・膝下・足の甲、指）・胸・腹部・背中
顔（額・両頬・鼻下・顎・顎下）・ひげ・首・うなじ・VIO・その他（ ）
治療部位・いつ頃（ ）
- 普段のムダ毛処理の方法を教えてください。
かみそり 電気シェーバー 除毛クリーム 毛抜き
その他（ ）
- 普段、日焼けをする機会はありますか？（ はい ・ いいえ ）
趣味 仕事 スポーツ・部活動 通勤・通学
その他（ ）
- また、最近1か月以内に日焼けをされましたか？（ はい ・ いいえ ）
- お顔や体にアートメイクや、タトゥーをされたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
また、それはどの部位ですか？（ ）
- 現在皮膚トラブルはありますか？（ ある ・ ない ）
光線過敏症 アトピー性皮膚炎 あざ ケロイド 切り傷、擦り傷
その他（ ）
- 現在、お薬を飲まれたり、塗られていますか？（ はい ・ いいえ ）
医療機関で処方された薬 お薬名（ ）
市販のお薬 お薬名（ ）
※お薬手帳をお持ち方は受付にお出してください。
- 女性の方へ ①現在は妊娠中ですか？（妊娠の可能性・妊活を含む）（ はい ・ いいえ ）
②現在は授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）
- 来院されたきっかけを教えてください。
 広告 HP 知人のご紹介（紹介者： ）
 通りがかり ご近所 その他（ ）
- 今後、大切なご予約はありますか？（同窓会、成人式、結婚式、披露宴 etc）
はい⇒（ 年 月 日 内容： ）

➤ 当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。それに伴い、下記の点についてご要望をお聞かせください。

⇒お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてよろしいでしょうか？

（ はい ・ いいえ ）

緊急の場合とは、ご予約の調整などをお願いする場合があります。