

## 医療レーザー脱毛問診票

受付日：20 年 月 日

フリガナ		生年月日	(西暦)	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
住所	〒	連絡先	携帯電話：			
			保護者様：			※未成年の場合

1. 今までに他施設等で脱毛経験はありますか？  はい  いいえ医療機関 エステ 部位 ( ) 最終照射時期 ( )2. 普段のムダ毛処理はどのように行なっていますか？カミソリ 電気シェーバー 毛抜き ワックス その他 ( )3. 普段日焼けする機会がありますか？  はい  いいえ4. 1ヶ月以内に過度の日焼けをしましたか？  はい  いいえ5. 今までに病気をしたことはありますか？  はい  いいえ 高血圧  糖尿病  心臓疾患  胃腸や内臓の病気  脳の病気  アトピー  
 光アレルギー (日光過敏症)  血液疾患  てんかん発作  パニック障害  
 その他 ( )6. 現在治療中の病気はありますか？  ある  ない

ある場合はその病名 ( )

7. 現在服用中のお薬、サプリメントはありますか？  ある  ない

ある場合はその薬名 ( )

※おくすり手帳がございましたら、当日ご提示ください。

8. アレルギーなどはありますか？  ある  ない日光 花粉 金属 食品 ( ) その他 ( )9. 肌質はいかがでしょう？ 特に問題はない  
 日焼けするとすぐに赤くなる  塗り薬などでかぶれたことがある  ほくろが多い  
 じんましん体質  傷・あざがある  傷が治りにくい (ケロイド体質)  
 施術部位にアートメイクや刺青をしている  その他 ( )

【 裏面もあります 】

10. 現在、妊娠中（可能性がある場合も含む）、授乳中、産後6ヶ月以内ですか？

はい  いいえ

11. 当院をどこで知りましたか？該当する物全てにチェックをお願い致します

- 当院に通院中、通院歴がある(担当医名： \_\_\_\_\_ )
- 当院で出産経験がある(担当医名： \_\_\_\_\_ )
- 友人・スタッフ紹介(ご紹介者様氏名： \_\_\_\_\_ ) ※必ずご記入ください
- 当院ホームページ     Instagram     チラシ     看板     ネット広告
- その他( \_\_\_\_\_ )

12. ご予約の希望部位以外に、今後検討している部位がありましたら教えてください

- 全身     顔     腕     足     ワキ     うなじ     背中     VIO
- その他( \_\_\_\_\_ )

13. その他、何か質問等がございましたらご記入下さい

( \_\_\_\_\_ )

以上です。  
ご協力ありがとうございました！