

# 美容治療問診票

記入日：20 年 月 日

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

<p><b>1. 本日はどの施術をご希望でしょうか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 医療脱毛 <input type="checkbox"/> ダーマペン4</p>
<p><b>2. ダーマペンご希望の方へ：どんな症状がお悩みでしょうか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> ニキビ跡 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> 毛穴のたるみ <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> 肌のキメ・弾力 <input type="checkbox"/> 妊娠線 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p><b>3. 今までに脱毛や美肌治療の経験はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 医療脱毛 <input type="checkbox"/> エステ脱毛 <input type="checkbox"/> 家庭脱毛 (どこを： いつ： )</p> <p><input type="checkbox"/> ダーマペン <input type="checkbox"/> 鼻・あごプロテーゼ <input type="checkbox"/> 糸リフト <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 (いつ： )</p> <p><input type="checkbox"/> ハイドロキノン、トレチノイン、ビタミンA、ニキビ薬 (何を： いつ： )</p> <p><input type="checkbox"/> その他美容治療など ( )</p>
<p><b>4. 今までに病気をしたことはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸や内臓の病気 <input type="checkbox"/> 脳の病気 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> パニック障害</p> <p><input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 日光角化症 <input type="checkbox"/> 単純ヘルペス <input type="checkbox"/> 丘疹膿胞性酒さ <input type="checkbox"/> 重症ニキビ</p> <p><input type="checkbox"/> 強皮症 <input type="checkbox"/> 脂漏性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 血液感染症 (B・C型肝炎、HIVなど) <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p><b>5. 現在治療中の病気はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある:病名 ( )</p>
<p><b>6. 現在服用中のお薬、サプリメントはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある:薬名 ( )</p>
<p><b>7. アレルギーなどはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日光 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 薬品 ( ) <input type="checkbox"/> 食品など ( )</p>
<p><b>8. 肌質はいかがでしょう？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題なし</p> <p><input type="checkbox"/> 日焼けするとすぐに赤くなる <input type="checkbox"/> 塗り薬などでかぶれたことがある <input type="checkbox"/> 敏感肌 <input type="checkbox"/> じんましん体質 <input type="checkbox"/> ケロイド体質</p> <p><input type="checkbox"/> 施術部位にアザ、イボ、ほくろがある <input type="checkbox"/> アートメイクや刺青をしている <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p><b>9. 1ヶ月以内に過度の日焼けをしましたか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p><b>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？</b></p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p><b>11. 当院をどこで知りましたか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 通院中、通院歴がある(担当医名： ) <input type="checkbox"/> 当院で出産経験がある(担当医名： )</p> <p><input type="checkbox"/> 友人・スタッフ紹介(ご紹介者様氏名： ) ※必ずご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ネット広告 <input type="checkbox"/> Google検索 その他 ( )</p>
<p><b>12. 今後検討している施術がございましたらご回答ください</b></p> <p><input type="checkbox"/> 医療脱毛 <input type="checkbox"/> 部位 ( ) <input type="checkbox"/> ダーマペン <input type="checkbox"/> その他希望 ( )</p>
<p><b>13. その他、何か質問等がございましたらご記入下さい</b></p> <p>( )</p>

※ご回答ありがとうございました