

# 問診票【医療レーザー脱毛】

記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	生年月日			職業
名前	才	女・男	S・H	年	月	日	
ふりがな				携帯	-		-
現住所					自宅	-	
保護者名	※未成年の方は必ずご記入ください		続柄	携帯	-		-

① 脱毛したい部位に○をつけてください。

- わき ・ ひじ上 ・ ひじ下 ・ 手先 ・ 顔 ・ 胸 ・ おなか ・ 背中(上・下) ・ おしり
- ・ 太もも ・ ひざ下 ・ 足先 ・ Vライン ・ Iライン ・ Oライン ・ フェイシャル ・ 男性ひげ

② 他の病院・エステサロン等で過去もしくは現在脱毛していますか。

- ◇ 病院名(クリニック)名 ( )
- ◇ エステサロン名 ( )
- ◇ 脱毛の種類 ( 医療レーザー ・ 光脱毛 ・ 電気針 ・ ワックス ・ 脱毛クリーム ・ その他 )
- ◇ 脱毛部位 ( )

③ 普段の自己処理はどのようにしていますか。 剃っている ・ 抜いている ・ その他( )

④ 今まで下記の病気をされたことがありますか。 ○をつけてください。

- 高血圧症 ・ 心臓疾患 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん
- ・ 光線過敏症(紫外線 ・ 日光) ・ 血液疾患 ・ ヘルペス ・ その他( )

⑤ ペースメーカーの使用や、金属インプラント材はありますか。 はい ・ いいえ

⑥ アレルギーはありますか。

- ない
- ある 花粉 ・ 薬( ) ・ 食べ物( )
- その他( )

⑦ 現在、服用している薬はありますか

- ない
- ある 薬剤名( )

⑧ 女性の方は、妊娠の可能性はありますか。 ある ・ ない

⑨ ご自身ではどの肌タイプだと思われますか。

- II型 : 日焼けをすると赤くなる めったに黒くならない
- III型 : 日焼けをすると時々赤くなる
- IV型 : 日焼けをしてもめったに赤くならない だいたい黒くなる
- V型 : 日焼けをしても赤くならない 絶対黒くなる

⑩ 以下の事項がある方は✓をつけてください。

- 日焼けをしている
- 皮膚トラブルがある
- B型・C型肝炎にかかったことがある
- 刺青、タトゥー、アートメイクをしている

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付にお渡しください。