

◆美容皮膚科問診票◆

ID() 氏名() 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ Kg

■本日はどのような様なお相談内容でご来院されましたか？

しみ・肝斑・くすみ・しわ・たるみ・毛穴・にきび・脱毛・若返り・薄毛
ダイエット・肩こり・腰痛・関節痛・ピアス・プラセンタ注射・ビタミン点滴・コスメ
無料カウンセリング その他()

■ご希望の施術はございますか？

フォトテラピー(光治療) 光脱毛 ケミカルピーリング
 超音波クレンジング+イオン導入 超音波クレンジング+エレクトロポレーション
 リフトアップ 医療用EMS(痩身・電機治療)

■下線のある施術を希望された方

具体的な部位をご記入ください()

■美容皮膚科、エステ等で施術をされたことはありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方
時期() 施術内容()
時期() 施術内容()

■現在治療中のご病気はございますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方()

■内服しているお薬はありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方()

■過去に大きな(手術・入院など)病気をしましたか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方()

■今までにお薬・注射による副作用がありましたか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方()

■アレルギー、光線過敏症はありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方()

■現在妊娠していますか？

はい いいえ 不明 予定している 可能性がある 授乳中である

■日光によくあたることはありますか？(屋外での仕事、スポーツ等) はい・いいえ

■下記のような方は必ずお知らせして下さい。

心疾患 高血圧 化粧品でかぶれたことがある 治療部に傷痕や化膿がある
 ケロイド体質 人工的に皮膚を着色している(アートメイク、入れ墨など)
 ウイルス性肝炎やその他の感染症がある(具体的に)

■当院を何で知りましたか？

ホームページ・看板・知人の紹介()・通りがかり・口コミサイト
その他()