

【レーザー脱毛 問診表】

年 月 日

当院では初診時の診察をスムーズに行うために、診察前に以下の事項へご記入いただいております。
お手数ですがご協力の程よろしくお願ひいたします。

氏名(フリガナ) :

性別： 男 · 女

生年月日： 昭 / 平 / 令 年 月 日

①希望部位はどちらですか？

両わき 両腕(肘上・肘下) 両すね(膝上・膝下) あご 両ほほ 口周り うなじ
その他 ()

②他クリニック・エステサロンで脱毛経験はございますか？

また、その際に肌トラブルは起きましたか？

部位() 時期() 肌トラブル(有 · 無)

③過去～現在に大きなご病気・怪我をされたこと・また治療中のご病気はありますか？

(有 · 無) 有りの方→()

④感染症と言われたことはありますか？

(有 · 無) 有りの方→()

⑤アレルギーなどはございますか？

(有 · 無) 有りの方→()

⑥肌質はいかがですか？

かみそり負けしやすい 傷が治りにくい 刺激で皮膚反応が強く出る 化粧品でかぶれる
特に問題ない

⑦(女性の方)現在、妊娠中・もしくは妊娠している可能性はございますか？

(はい · いいえ)

⑧以下に該当しますか？

日焼けした皮膚、色素沈着の強い皮膚である。

皮膚炎がある。(ケロイド・活動型にきび・アトピー症状の強い皮膚炎・ヘルペス感染症)

皮膚がん(悪性腫瘍)・妊娠中の方は禁忌です。

B型・C型肝炎に罹患したことがある。

ホクロが多い、刺青、アートメイク等をしている。 部位()

※レーザーに対して強く反応しますので除去したくない方は部位を必ず記入して下さい。

⑨その他、ご希望やご質問等がありましたらご記入下さい。

()