ID：

赤井クリニック　スキンケア

脱毛問診票

ふりがな： 氏名：	生年月日：　　年　　月　　日
年齢：　　歳　　性別　男　・　女	既婚　・　未婚　・　結婚予定あり
郵便番号 －　　住所：	
携帯電話番号：（　　）　　－	自宅電話番号：（　　）　　－
職業：	e-mail:

１：どの部位の脱毛をご希望ですか？
VIO　・　顔　・　前腕（肘下）　・　上腕（肘上）　・　膝下半周　・　手足の甲＆指
ワキ　・　その他（　　）

２：今まで病気やけがで治療したことがありますか？
ない　・　高血圧　・　糖尿病　・　喘息　・　緑内障　・　胃炎　・　脳梗塞　・　前立腺肥大
骨折　・　アトピー性皮膚炎　・その他（　　）

３：今までほかのクリニックやエステ等で脱毛を受けたことがありますか？　ない　・　ある

ある方はどの部位を脱毛されたか教えてください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４：普段、むだ毛のお手入れはどうされていますか？
何もしていない・抜いている・剃っている・ワックスを使用している・除毛剤を使用している
その他（　　）

５：現在、薬を服用していますか？　ない　・　ある

服用されている方は薬の名前など具体的に教えてください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６：薬のアレルギーはありますか？　ない　・　ある

ある方は薬の名前など具体的に教えてください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７：女性の方で妊娠の可能性はありますか？　ない　・　ある

８：当院を何で知りましたか？
ホームページ・看板・雑誌（　　）

医師や知人からの紹介（紹介者名：＿＿＿＿＿＿＿＿）・その他（　　）