

ID:

## 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:

※自費診療となり初診料¥3,300、再診料¥1,100 がかかります   確認しました

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

ある方はどの部位を脱毛されたか記入してください。 \_\_\_\_\_

最終脱毛日 \_\_\_\_\_ 年 月 頃

3: 普段、毛のお手入れはどうされていますか?

- ・剃っている ・抜いている ・脱色をしている ・何もしていない ・その他( )

4: 今まで又は現在、病気やけがで治療したことがありますか?

- ある
- ・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・緑内障 ・胃炎 ・脳梗塞 ・骨折
  - ・アトピー性皮膚炎 ・感染症 ・てんかん ・その他( )

ない

5: 現在、薬を内服または外用薬(ニキビ治療薬、レチノールを含む)を使用していますか?

( はい ・ いいえ )

ある方は薬の名前など具体的に記入してください。 \_\_\_\_\_

6: 薬のアレルギーはありますか? ( ある ・ ない )

ある方は薬の名前など具体的に記入してください。 \_\_\_\_\_

7: 女性の方で妊娠の可能性はありますか? ( ある ・ ない )

8: 当院を何で知りましたか?

- ・ホームページ ・看板 ・紹介(紹介者名: \_\_\_\_\_) ・その他( )