

医療レーザー脱毛 問診票

年 月 日

ふりがな		男・女	年齢 歳
氏名	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日
住所	〒 -		
電話番号	携帯:	自宅:	職業

① 体毛の自己処理方法について教えてください。

未処理 シェービング 毛抜き 脱毛剤・脱毛クリーム 家庭用脱毛機 その他()

② 過去に医療機関やエステサロン、脱毛サロンで脱毛をされた経験はありますか？ なし あり

施設名：

種類：レーザー フォト ニードル ワックス その他()

照射部位：

最終照射日： 年 月 日

③ 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい ※お薬手帳の提示をお願いします

病名：)

現在内服中・外用中の薬：

④ 日光アレルギー(光線過敏症)をお持ちですか？ いいえ はい

⑤ 女性の方のみご記入ください。

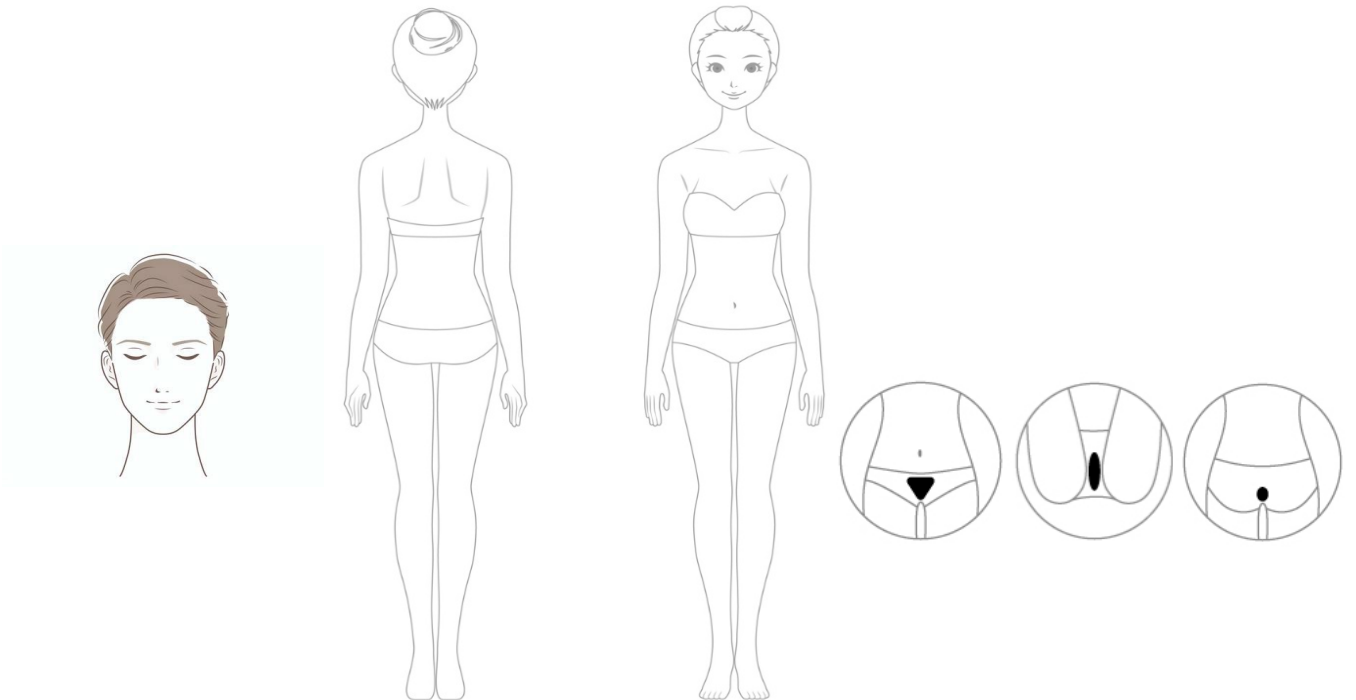
【女性の方で該当される方のみお答えください】 現在妊娠している可能性はありますか？

いいえ 可能性あり 妊活中 妊娠()ヶ月(出産予定日 月 日) 授乳中

⑥ 今後大事なご予定(結婚式など)はありますか？ いいえ はい

(ご予約の日程 内容)

体毛が気になる部分はどこですか？(複数回答可。脱毛を希望されない部分でも気になる部分があれば○をつけてください)



⑦ 来院されたきっかけを教えてください。

ホームページ 看板 タウン誌 ご家族様の紹介 紹介(知人・病院) その他()

ご協力ありがとうございました。

影山皮膚科クリニック