

脱毛問診票

令和 年 月 日

氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)

〒 _____ 電話番号 ()
住所 _____ 携帯電話 ()

職業 _____ (学生の場合は学校名と学年の記入をお願いします)

問1 本日はどのような診察をご希望されますか？

レーザー脱毛

光脱毛

脱毛 (光かレーザーかは決めていない)

希望部位 わき・手・前腕 (手首から肘下)・上腕 (肘から肩)

下腿 (足首から膝)・大腿 (膝上からヒップライン)・足・ひげ (頬から下)

VIO・その他 ()

問2 医療用レーザーをこれまでに受けられたことがありますか？

・ 初めて

・ 経験あり → 種類：レーザー脱毛、シミ取りレーザー、その他 ()
治療箇所 : ()
その時異常は : (あった ・ なかった)
どこで ()

問3 その他エステなどで脱毛やピーリングなどの施術を受けたことはありますか？

・ ない

・ 経験あり → 脱毛：レーザー脱毛、光脱毛、針脱毛、その他 ()
ケミカルピーリング、その他 ()
その時異常は : (あった ・ なかった)
どこで ()

問4 皮膚のトラブル・アレルギーはよくありますか？

・ あまりない

・ よくある：アトピー、かぶれ、じんましん、カミソリ負け、その他 ()

問5 海などで日光に当たったときの皮膚の反応はどうなりますか？

・ スキンタイプⅠ：すぐ赤くなり、褐色になりやすい

・ スキンタイプⅡ：ⅠとⅢと間くらい、どちらもほどほど

・ スキンタイプⅢ：あまり赤くならず、褐色が定着しやすい

問6 現在、治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）
病名（ ） 通院中の病院（ ）

問7 現在服薬中のお薬はありますか？（はい・いいえ）
薬の名前（ ）

問8 最近日焼けをしましたか？（はい・いいえ）
はいの場合いつ（ ）

問8 日焼けの予定はありますか？（はい・いいえ）
はいの場合いつ（ ）

問9 月経周期（女性の方） 順調・不順 前回の月経（ 月 日から）

問10 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？
現在妊娠している（ 週） 予定日 年 月 日） 可能性あり 可能性なし

問11 当院をどのようにお知りになりましたか？
・ご紹介者（ 様より） ・ご家族（ 様より）
・院内掲示にて ・通院中のため ・HP

問12 その他に体調のことや皮膚のことで気になる点がありましたらご記入ください。
（ ）