

脱毛問診票

年 月 日

ふりがな		性別	生	S		ご職業										
お名前		男 ・ 女	年 月 日	・ H	年 月 日 (才)											
ご住所	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>															
電話			携帯電話													
mail																

本日はご来院ありがとうございます。

患者様に安全な治療をご提案させていただくために、以下の質問にできるだけ正確にお答えください。

- Q1 脱毛をご希望の部位はどこですか？
()
- Q2 今までに光・レーザー治療や、脱毛をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
- Q3 Q2で「はい」と答えられた方は、下記の問にお答えください。
受けたことのある部位 → ()
最終施術日 年 月 日
受けたお店 医療機関 エステ
 レーザー脱毛 針電気脱毛 光脱毛
- Q4 毛の自己処理は、普段どのように行っていますか？ ()
- Q5 最近1か月以内でひどい日焼けをしましたか？ はい ・ いいえ
- Q6 現在、医療機関において治療を受けている病気はありますか？ はい ・ いいえ
(病名)
- Q7 現在、内服、外用（ニキビ治療薬、軟膏、湿布をしていますか？ はい ・ いいえ
(お薬の名前)
- Q8 これまでに大きい病気をしたり、手術をしたことはありますか？ はい ・ いいえ
(病名)
- Q9 食べ物やお薬でアレルギー反応が起こったことはありますか？ はい ・ いいえ
(種類)
- Q10 以下のうちあてはまるものを○で囲ってください
光線過敏 ケロイド体質 金属アレルギー アルコール綿でかぶれる 花粉症
- Q11 これまでに麻酔でのトラブルはありますか？ はい ・ いいえ
- Q12 不整脈や心臓疾患、てんかんを指摘されたことはありますか？ はい ・ いいえ
- Q13 ペースメーカーを入れていますか？ はい ・ いいえ
- Q14 血液感染症（B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒）にかかったことはありますか？ はい ・ いいえ
- Q15 当クリニックにお越しになったきっかけを教えてください。
 ホームページ その他WEBサイト () 院内掲示
 その他 () 紹介 (紹介者)

以下の質問は女性の方へお伺いいたします。当てはまるものにチェックをお願いします。

- Q16 妊娠中または妊娠の可能性 授乳中 妊活中 出産のご経験
- Q17 今後クリニックからのDM（案内）などを送らせて頂いてもよろしいですか？ はい ・ いいえ