

★★★脱毛を希望される方はあらかじめ、こちらの間診票を記入して来院してください★★★

初 再診

脱毛問診票

記入日 年 月 日

診察券番号 _____

ふりがな _____

氏名 _____ 生年月日 年 月 日 年齢 歳

1.月経についてご記入ください。

- 必須項目 ☞ 最終月経について 月 日から 日間 ● 閉経 歳

2.あなた自身のことについてご記入ください。

- 喘息について：なし・あり（ 歳頃・最終発作 年 月頃）
- お薬のアレルギーについて：なし・あり（ ）
- 現在飲んでいるお薬について：なし・あり（ ）
- 現在、妊娠の可能性はありますか？ なし・あり・わからない
- 既往歴・手術歴（ 歳 病名・手術名 ）

3.脱毛についてご記入ください。

- 今まで脱毛の経験はありますか？ なし・あり
→ある場合、種類は？【医療脱毛・エステ脱毛(光脱毛)・ワックス・その他_____】
→部位は？【顔 首 わき 胸部 腹部 背中 V I O 臀部 腕 足】
- 以前の脱毛で何かトラブルなどありましたか？
なし・あり（ ）
- ご自身でムダ毛の処理をしていますか？
していない・している（毛抜き・脱毛クリーム・カミソリ・その他_____）
- 今までリウマチの治療で金製剤(シオゾール)を使用したことがありますか？ なし・あり
- 日光過敏症はありますか？ なし・あり
- ファッションタトゥー(刺青)などありますか？ なし・あり(部位_____)
- 最近日焼けをしましたか？ いいえ・はい(部位_____)

- 希望の部位はどこですか？

(ほくろがある場合、

図に記入して下さい。)



- どのくらいまで脱毛したいですか？ 【形を整える・形を整えて、薄くする・無毛】

- 笑気ガスは希望されますか？ はい・いいえ