

★★★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)

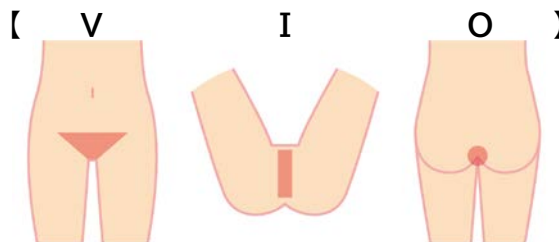
3.脱毛についてご記入ください。

- 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? 【 V I O 】

(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】