

★★★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

針 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）
- 糖尿病について：なし・あり
- アルコール消毒のアレルギーについて：なし・あり
- アトピー性皮膚炎について：なし・あり
- 寒冷じんましんについて：なし・あり
- 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_____）
- 体内にペースメーカー、除細動器、金属のプレートやボルト等が埋め込まれていませんか？ なし・あり
- 外せないピアス等はありませんか？ なし・あり
- 金属アレルギーはありませんか？ なし・あり
- 血液を介して感染する感染症にかかっていませんか？ なし・あり（ ）
- 脱毛希望部位に皮膚トラブル(湿疹、皮膚炎、毛囊炎、ヘルペスなど)はありませんか？ なし・あり
- 歯科矯正金属を装着していませんか？ なし・あり
- 希望の部位はどこですか？

【 V I O 】

