初診問診表【医療脱毛】

記入日　年　月　日

フリガナ

名前　　　　　　　　　　　　　　　　(男・女)生年月日　　年　　月　　日　　歳

住所

ご連絡先(携帯)　　　‐　　　　‐　　　　　(自宅)　　　‐　　　‐

1. 本日の体調は大丈夫でしょうか　　　はい・いいえ　　　体温　　　℃
2. 脱毛したい部位に〇をつけてください

**・わき　　・肘　　・肘上　　・肘下　　・手の甲　　・手の指　　・腕全体**

**・膝　　・膝上　　・膝下　　・足の甲　　・足の指　　・足全体**

**・背中　　・背中上　　　・背中下　　　・背中全面　　・顔　　・うなじ**

**・Vライン　　・Iライン　　・Oライン　　・VIO全部　　・全身**

1. 他院で脱毛を受けたことがありますか？　　はい・いいえ

病院(クリニック)、エステ名

脱毛の種類　　医療レーザー　　光脱毛　　ワックス　　脱毛クリーム　他

脱毛部位

1. 普段に自己処理はどのようにしてますか？

1. 今までに下記の病気されたことがありますか？〇付けてください

高血圧・心疾患・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹

光線過敏症(紫外線・日光)・血液疾患・ヘルペス・その他(　　　)

1. 現在服用している薬はありますか？　はい・いいえ

(はいの方内服薬記載)

1. 女性の方で現在妊娠の可能性はありますか？　　はい・いいえ
2. ご相談事あれば記入してください