問　診　票 【医療脱毛・点滴】

記入日　　年　　月　　日

フリガナ

名前　　（男・女）　ご連絡先(携帯)　　-　　-

★脱毛・点滴施術希望の方へ

・現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

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(　　)

・現在服用している薬はありますか？　はい・いいえ

(はいの方薬剤名)

・感染症はありますか？　　はい・いいえ

・アレルギーはありますか？　はい（　　）・いいえ

・＜女性の方へ＞現在妊娠の可能性はありますか？　　はい・いいえ

★脱毛施術希望の方へ　（点滴施術希望の方は記入不要です）

・脱毛をご希望の部位をご記入ください。

・今までに脱毛を受けたことがありますか？　　はい・いいえ

施設名（クリニック・エステ等の名称）：

脱毛の種類：　医療レーザー　・　光脱毛　・　ワックス　・　　他　（　　）

脱毛部位　：

満足度　　：　5　・　4　・　3　・　2　・　1　・　0

・普段の自己処理はどのようにしていますか？

カミソリ・電気シェーバー・除毛クリーム・ワックス・毛抜き・何もしない

上記処理で肌荒れしますか？　　はい・いいえ

現在のお肌の状態は？　　問題なし・敏感肌・乾燥肌・その他（　　）

・日常生活において日光に当たることが多いですか？

はい（　散歩・スポーツ・仕事・その他［　　］　）　・いいえ

・タトゥー(刺青)はありますか？　はい・いいえ

・施術希望部位に金属はありますか？〔例：骨折治療のボルト等〕　はい・いいえ

・脱毛症の治療を受けていますか？　はい・いいえ

★点滴施術希望の方へ　（脱毛施術希望の方は記入不要です）

・気になることを教えてください。(複数選択可)

シミ　・　そばかす　・　くすみ　・　肝斑　・　たるみ　・　小じわ　・　赤ら顔　・　ニキビ

ニキビ跡　・　毛穴の開き　・　黒ずみ　・　その他（　　）

・今までに美容治療を受けたことはありますか？　はい・いいえ

※はいの方は覚えている範囲で施術内容と、もしあれば副反応についてご記入ください。

○近いうちにイベントはありますか？　あり　（　　）・　なし

〔例：入学式・同窓会等〕

以上です。ご記入ありがとうございました。

岩橋クリニック　　BB230509-1