

美容相談 問診票

フリガナ

名前

住所 〒

TEL

生年月日 年 月 日 (歳)

職業

相談内容

優先/順位	お悩み/部位	いつから悩まれていますか？
①		
②		
③		

気になる施術はありますか？

Vビーム・ピコレーザー・脱毛・ミラドライ
炭酸ガスレーザー・ヒーライト・ハイフ
ピーリング・アグネス・美容点滴
ボトックス・ヒアルロン酸・その他 ()

ご希望に近いものはどれですか？

- ☐ 効果重視で、積極的な治療がしたい
☐ ダウンタイムの少ない治療をしたい
☐ 痛みのない施術を受けたい
☐ ホームケアで治療したい

1ヶ月のご予算を教えてください

☐ ~1万円 ☐ ~3万円 ☐ ~5万円 ☐ 5万円~

目指す治療のゴールはどこですか？

(例) 化粧で隠れるくらい、大きさが小さくなるくらい等)

いつまでに治療を終わらせたいですか？

(例) ○月○日まで、○ヶ月後まで等)

記入日 令和 年 月 日

治療経験

1.美容医療（脱毛含む）

☐ 無し ☐ 有り (内容：)
最後に受けた時期：

2.エステ

☐ 無し ☐ 有り (内容：)
最後に受けた時期：

健康状態について

当てはまる項目に✓を付けて空欄を記入してください

1.アレルギー

☐ 無し ☐ 有り ()

2.化粧品かぶれ

☐ 無し ☐ 有り(製品名：)

3.生理

☐ 順調 ☐ 不順 (日周期)
☐ 閉経 (年前) ※最終月経 月 日

4.妊娠,授乳

☐ 妊娠中 (カ月) ☐ 授乳中
☐ 妊娠中可能性あり ☐ 妊娠の可能性なし

5.治療中の疾患

☐ 無し ☐ 有り (疾患名：)

6.手術経験

☐ 無し ☐ 有り
(時期： 部位：)

7.内服薬（サプリメントも含む）

☐ 服用している ☐ 服用していない

(処方薬：)

(市販薬：)

8.外用薬

☐ 使用している ☐ 使用していない

(処方薬：)

(市販薬：)

9.当てはまるものにチェックをしてください

☐ 日光過敏 ☐ アートメイク ☐ ケロイド体質

☐ 日焼けをしている

使用中のスキンケア

使っている項目に✓を付けて製品名を記入してください。

- | | | | |
|--------------------------|---------|---|---|
| ☐ | クレンジング | (|) |
| ☐ | 洗顔 | (|) |
| ☐ | 化粧水 | (|) |
| ☐ | 美容液 | (|) |
| ☐ | オイル | (|) |
| ☐ | 乳液 | (|) |
| ☐ | クリーム | (|) |
| ☐ | スペシャルケア | (|) |
| ☐ | UVケア | (|) |

当院を知ったきっかけ

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------|
| ☐ | ファミリア皮膚科長町院通院したことがある | |
| ☐ | 知人、家族の紹介 | (ご紹介者のお名前 様) |
| ☐ | 当院のインスタをみて | (保険 ・ 美容) |
| ☐ | のぼり旗を見て | (サンデー駐車場) |
| ☐ | 看板を見て | (サンデー駐車場) |
| ☐ | チラシをみて | |
| ☐ | Google. Yahoo!キーワード検索 | (検索内容:) |
| ☐ | その他 | () |

問診票のご記入ありがとうございました。

＜お得な情報のお知らせ＞

クリニックのLINE公式アカウントです。

お得なクーポンやキャンペーン情報、休診のお知らせをいち早くお届けします。

この機会にぜひご登録ください。



お友達登録で、当日から自費施術で使える1000円OFFクーポンGET♪
※自費のお会計の合計が5000円以上でご利用いただけます。