記入日　令和　　年　　月　　日

問診票〈医療レーザー脱毛〉

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年　月　日（　歳）
ご住所	〒（　－　）				
連絡先	eメール　@			携帯電話（　-　-　）	
緊急連絡先	氏名もしくは勤務先			携帯電話（　-　-　）	

1　脱毛したい部位に〇を付けてください。（複数選択可能）

顔面(全体)・顔面(部位:　　)・うなじ・わき・上腕・ひじ・前腕・手の甲（指）・胸部
おなか・背中・おしり・太もも・ひざ下・足の甲（指）・Vライン・Iライン・Oライン・全身

2　他の病院・エステサロン等で過去もしくは現在脱毛をしていますか？

ない
ある　★病院（クリニック）名（　　）
★エステサロン名（　　）
★脱毛の種類（**医療レーザー・光脱毛・電気針・ワックス・脱毛クリーム**）
（**その他**　　）
★脱毛部位（　　）
★上記の病院（クリニック）、エステサロンで脱毛を続けなかったご理由をお教えください。
（　　）

3　お痛みの感じ方について5段階でお選び下さい。

強い 5　4　3　2　1 弱い　※レーザー照射時に輪ゴムを弾いたようなお痛みが生じます。

④ 普段の自己処理はどのようにしていますか？　**剃っている（カミソリ・シェーバー）・抜いている**
その他（　　）

5　今までに下記の病気をされたことがありますか？　〇を付けてください。

高血圧症・心臓疾患・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・アトピー性皮膚炎・じんましん
光線過敏症（紫外線・日光）・血液疾患・ヘルペス・その他（　　）

6　アレルギーはありますか？（麻酔なども含む）

ない
ある　花粉・薬（　　）・食べ物（　　）
その他（　　）

7　現在、内服・外用（ピーリング剤含む）で服用している薬はありますか？

ない
ある　薬剤名（　　）

8　普段使用している基礎化粧品はございますか？

ない
ある　商品名（化粧水:　　乳液:　　美容液:　　）

→裏面もお読みください。

9　女性の方は現在妊娠の可能性はありますか？　**ある ・ ない**（現在妊娠　ヶ月目）

10　女性の方は現在授乳をされていますか？　**はい ・ いいえ**

11　以下の事項がある方は☑を付けてください。

- □ 日焼けしている
- □ 皮膚トラブルがある（ けが・色素沈着・ヘルペス・アトピー・ニキビ・皮膚がん ）
- □ 美容施術をしている。（内容:　　）
  - □ B型・C型肝炎にかかったことがある
- □ 刺青、アートメイクをしている
- □ プレートやインプラントなどを埋め込む手術をしたことがある（部位:　　）

⑪ 当院を知ったきっかけを教えてください。

- □ 当院のインスタをみて
- □ 当院のラインをみて
- □ 看板をみて（サンデー駐車場の看板）
  - □ 看板をみて（荒井）
  - □ バスの車内放送をきいて
  - □ チラシをみて
- □ ホームページをみて
- □ GoogleやYahoo!で検索（検索した言葉:　　）
  - □ その他（　　）

《個人情報の取り扱いについて》
上記の個人情報の文言は、当院診療に関わる事以外の利用や第三者への提供は一切ございません。

《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に使える1000円クーポンGET♪
問診票のご記入お疲れ様でした。
ありがとうございました。