

美容問診票

記入日 令和 年 月 日

氏名（フリガナ）	年齢	生年月日	
		S · H · R	年 月 日
住所	携帯番号	メールアドレス	
〒			

☆今回当院で希望したい施術はなんですか？

()

☆施術に関して相談しておきたい事はありますか？

()

☆下記の病気・症状はないですか？あるものにチェックを入れてください。

- 光線過敏症 単純ヘルペス（口唇ヘルペス） 性器ヘルペス 開放創 入れ墨（TATTOO）
治療部位の癌 日焼け てんかん ケロイド・瘢痕体質 全身状態不良 糖尿病
免疫抑制剤使用中 ステロイド製剤使用中 フィラー注入 体内金属物（ペースメーカー・インプラントなど）
アートメイク（部位： ） リフトアップ

☆既往歴はありますか？

()

☆現在、使用中の飲み薬や塗り薬はありますか？ はい ・ いいえ

↓ある方はお薬の名前を記入してください。

()

☆手術を受けられたことはありますか？（美容外科手術を含む）

また、近々受けられる予定はありますか？

(時期： 内容：)

☆最近日焼けをしましたか？ はい ・ いいえ

☆妊娠中ではないですか？ はい ・ いいえ

☆授乳中ではないですか？ はい ・ いいえ

☆アレルギーはないですか？ はい ・ いいえ

→あれば内容を ()

☆結婚式、旅行など、重要なイベントを控えていますか？ はい ・ いいえ

→あれば内容を (時期： 内容：)