

脱毛問診票

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	
〒			

☆希望される脱毛部位を記入下さい？

()

☆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。

()

☆今まで脱毛施術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

☆脱毛の種類（医療 ・ エステ ・ その他：)

☆脱毛経験がある方→どこの部位を何回施術受けましたか？ ()

☆自己処理の方法を教えてください（カミソリ ・ ワックス ・ 毛抜き ・ 電気シェーバー)

☆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：)