

記入日 _____

問診票

氏名 (_____)

住所 〒 _____ 生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

携帯番号: _____

※安全に施術をお受けいただくために、以下の項目についてご記入ください。

- レーザー脱毛のご経験 無 ・ 有 (_____ 頃 _____ 回)
お肌トラブル 無 ・ 有
(具体的な症状: _____)
(機械の種類: _____)
- 自己処理のトラブル 無 ・ 有 (_____)
- 直近の処理 今日 ・ 昨日 ・ (_____) 日前
処理方法 (剃る・抜く・ワックス・クリーム)
- 現在の健康状態 良い ・ 悪い (具体的に: _____)
- 現在、妊娠中ですか いいえ ・ はい (妊娠 _____ カ月)
- 現在、薬を服用していますか いいえ ・ はい (薬名: _____)
- アレルギー体質ですか いいえ ・ はい (具体的に: _____)
- アトピー性皮膚炎ですか いいえ ・ はい
- あなたの肌質は 脂性肌 ・ 普通肌 ・ 乾燥肌 ・ 混合肌
敏感肌 ・ その他 (_____)
- 以下の項目で該当するものを○で囲んでください
心臓病 ・ ペースメーカー ・ 婦人科系疾患
光過敏症 ・ 気管支喘息 ・ 高血圧
ケロイド体質 ・ 法廷伝染病 ・ 皮膚がん
放射線治療 ・ 極度の色素沈着 ・ 凝固疾患
日光過敏 ・ 皮膚炎 (湿疹など)
- ご要望・ご質問等ございましたらご記入ください。