

記入日： _____

問診票

フリガナ

氏名 (_____) (女 ・ 男) (_____ 才)

住所〒 _____

携帯番号： _____ 生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※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)

脱毛時の肌トラブル 無 ・ 有

(具体的な症状： _____)

(機械の種類： _____)

●自己処理のトラブル 無 ・ 有 (内容： _____)

●直近の処理 今日 ・ 昨日 ・ (_____) 日前

※剃毛料 (税別¥5000) 処理方法 (剃る・抜く・ワックスなど)

●現在の健康状態 良い ・ 悪い (具体的に _____)

●現在、生理中ですか いいえ ・ はい

●現在、妊娠中ですか いいえ ・ はい

●現在、薬を服用していますか いいえ ・ はい

(薬剤名： _____)

●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

※はい、と答えられた方へ

脱毛施術が可能である旨が記載された医師の診断書の提出が必要になります。

●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 ・ 高血圧

婦人科系疾患 ・ 光過敏症 ・ 喘息

ケロイド体質 ・ 伝染病 ・ 皮膚がん

放射線治療中 ・ 色素沈着

血液凝固疾患 ・ 日光過敏症 ・ 皮膚炎

●本日、医師の診察を希望されますか。 いいえ ・ はい

※初回施術を受けられる方は必ず医師の診察が必要となります。

※2回目以降で診察を希望される場合には、診療の間で診察をしますので、お待たせする場合があります。

あらかじめご了承ください。

※本日の体調、肌の状態によっては施術を行わない場合があります。

※脱毛前には必ず、剃毛を行ってきていただきます、剃毛が行われていない場合には、別途剃毛料¥5000 (税別) をいただくか、ご希望通りの施術が行えない場合があります。

●その他に、ご意見・ご質問などがありましたらご記入ください。

施術希望部位：