EP　　年　月　日

※ 問　診　表 ※

ふりがな ご氏名　様	男・女	生年月日　年　月　日（　歳） 血液型：＿＿＿型 e-mail　@
ご住所　〒		
TEL　ご自宅（　）　－　－ 携帯（　）　－　－		ご職業

①本日、ご希望の内容に〇をつけて下さい。

1. カウンセリングのみ　2. カウンセリング後照射テスト　3. 脱毛希望

②気になっている部分に〇をつけて下さい。

＊顔＊　鼻の下　ホホ　アゴ　まゆ　もみあげ　おでこの生え際　うなじ

＊上半身＊　ワキ　腕全体　ひじ上　ひじ下　手の甲・指　胸　乳輪　おなか　背中

＊下半身＊　太もも　ひざ下　ひざ小僧　足の指　Vライン　おしり　会陰・肛門周囲

＊その他＊　（　）

③今までどのような処理をされていましたか？

1. 剃る　2. 毛抜き（最後にした時期　/　）　3. 脱毛　4. 脱毛クリーム　5. 家庭脱毛機

6. ワックス脱毛　7. サロンでの永久脱毛（サロン名：　）（期間：　）（費用：　）

. 8. その他（　）

④現在または過去に経験のあるものを〇でかこみ、詳しくご記入下さい。

1. アレルギー　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
2. 皮膚病　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
3. 心臓病　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
4. ケロイド体質　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
5. 皮膚の炎症　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
6. 皮膚の感覚異常（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
7. 最近できた傷　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
8. 貧血　（ 現在 ・ 過去 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤次の中であてはまるものに〇をつけて下さい。（レーザー脱毛を受けられない場合があります。）

1. 脱毛部位に色素沈着　2. 極度の日焼け跡　3. 生理中　4. エイズ感染（HIV・キャリア）

5. 肝炎　6. 糖尿病　7. ガン　8. 妊娠・妊娠の可能性

※裏面もご記入下さい※

⑥上記のほか、現在何か病気で治療を受けていますか？

はい （病名 ：　　いつ頃から ：　　）　　いいえ

⑦特殊な薬を長期服用したことがありますか？

はい （薬名 ：　　いつ頃から ：　　）　　いいえ

⑧当院を何でお知りになりましたか？あてはまるものすべてに〇をつけて下さい。（〇はいくつでも結構です）

1. 新聞折込（朝日・読売・日経）　2. ご紹介（ご紹介者　　様）　3. メトロポリス
4. ホームページ（検索ワード：　　）※検索ワード例【にきび　恵比寿】等
5. 雑誌（　　）　6. その他（　　）

⑨本日のご相談以外で、カウンセリング又は治療をご希望の方は〇をつけて下さい。（〇はいくつでも結構です）

1. しみ・ソバカス　2. シワ　3. たるみ（顔・体）　4. ニキビ・ニキビ跡　5. 毛穴の開き
6. 赤ら顔　7. ホクロ　8. イボ　9. アザ(赤・青)　10. 刺青・アートメイク除去
11. プチ整形(鼻・アゴ)　12. 多汗(ワキ・手の平)　13. 美白注射
14. その他（　　）

⑩今後、私共からのダイレクトメール、メールマガジン（※新メニューのご案内、ご招待券 etc…）をご希望されますか？

〔　全て希望する　ダイレクトメールのみ希望する　メールマガジンのみ希望する　どちらも希望しない　〕

※ご記入ありがとうございました※

麻布皮フ科クリニック