

医療脱毛問診票

ID					
カナ			生年月日	年齢	性別
名前	様		生	才	
住所	〒 -		携帯		
			自宅		
			その他		
保護者名			続柄		

1. 今回脱毛を希望される部位はどちらになりますか？（希望される部位にチェックをつけてください）

- 両わき 両上腕～肩 両前腕～肘 背中上部 背中下部 胸部（鎖骨～みぞおち）
 両太もも 両下腿～膝 両手背+指 両足背～指 女性顔全体 腹部（みぞおち～骨盤ライン）
 男性両ほほ 男性鼻下～あご VIO Vライン 臀部（肛門周囲除く）

2. これまでに脱毛の経験はありますか？（ ある ない ）

※ある方は下記の種別に○をつけて下さい

- 医療脱毛 光（エステ・サロン）脱毛 ニードル脱毛 家庭用脱毛器
 その他（ ）

3. 2で「ある」と答えた方はご記入ください。いつ、どの部位をうけられましたか？

いつ頃（ ） ところで（ ）
 部位（ ）

4. 現在、病気や美容目的などで病院へ通われていますか？

- 通院していない
 通院中（何科： 通院内容・診断名： ）

5. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

- ない ある（具体的に診断名等： ）

6. 現在、常用しているお薬、漢方薬、健康食品などはありますか？

- ない ある（ ）

7. アレルギーはありますか？（食品・薬・動物・花粉症などを含む）

- ない ある（ ）

8. 麻酔薬のアレルギーはありますか？ ない ある（ ）

9. 現在、体内に金属類を入れていますか？（心臓ペースメーカーや骨折などによるボルトなど）

- 入れていない 入れている（部位： 種類： ）

10. 以下に当てはまるものがあればチェックをつけて下さい。

※該当される方はこの治療を受けられないことがあります。

<input type="checkbox"/> 妊娠中・妊娠の可能性ある/授乳中である	<input type="checkbox"/> ケロイド・癩痕体質・肌が弱い
<input type="checkbox"/> 抗凝固剤使用中または血液凝固異常あり	<input type="checkbox"/> アートメイクやタトゥーがある。
<input type="checkbox"/> ステロイド製剤使用中	<input type="checkbox"/> てんかん発作の既往
<input type="checkbox"/> アルコール中毒、コントロール不良の糖尿病	<input type="checkbox"/> 鉄剤やイチョウなどのサプリメント
<input type="checkbox"/> 皮膚がんの既往または治療部位に前がん病変がある	<input type="checkbox"/> 治療部に金属プレート・シリコン・金の糸・ファイバー
<input type="checkbox"/> 活動性、慢性の重度感染症・ヘルペス	<input type="checkbox"/> 何らかの皮膚トラブル（あざ・すり傷・きり傷）
<input type="checkbox"/> 光線過敏症・アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 2ヶ月以内の日焼け