

脱毛外来問診表

フリガナ				
お名前				
生年月日	昭・平・令	年	月	日
	電話	自宅・携帯		
住所	〒			
身長	cm	体重	kg	体温 °C

①今回、脱毛を希望される部位はどちらになりますか？

()

②現在、美容目的などで病院やエステサロンへ通われていますか？

通っていない

通っている(どこへ: 内容:)

③医療機関・エステサロンなどでの脱毛の経験はありますか？

ない あるいは (いつ頃: 部位:)

→あるに○をされた方は、その際に皮膚トラブルはありましたか？

なかった ・ あった(症状:)

④これまでに大きな病気にかかったこと、手術を受けたことはありますか？

ない あるいは (内容:)

⑤現在治療中の病気、内服されているお薬はありますか？

ない あるいは ()

⑥アレルギーはありますか？

ない あるいは ()

⑦今まで使った薬や注射、内服薬で副作用を起こしたことがありますか？

ない あるいは ()

⑧現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

ない あるいは

⑨最終月経はいつでしたか？ 年 月 日～ 日間

⑩出産後2か月以上経過していますか？

はい ・ いいえ

⑪現在陰部、おりものの異常がありますか？(VIOご希望の方)

ない あるいは (症状:)

⑫普段のお手入れの方法を教えてください

脱毛ワックス ・ 毛抜き ・ カミソリ ・ 電気シェーバー

⑬日頃から紫外線ケアを行っていますか？

あまり気にしていない・気にしているが行っていない・行っている

⑭当院の医療脱毛を知ったきっかけは何ですか？

ホームページ ・ SNS ・ 友人、知人の紹介 (様)

受診時にポスターを見て

