

[問診票]

受付日 20 年 月 日

当院では初診時の診察をスムーズに行うために、診察前に以下の事項へご記入いただいております。
お手数ですがご協力の程、よろしくお願いいたします。

ふりがな		生年月日		
氏名				
住所	〒	連絡先	自宅	
			携帯	
ご職業				

①本日のご来院の目的をお聞かせください。

カウンセリング後施術したい カウンセリングし、後日予約したい カウンセリングのみ

②施術ご希望の部位はどこですか？（複数回答あり）

ワキ おでこ ほほ 鼻下 口周り あご デコルテ バスト 乳輪周り

お腹上 お腹下 へそ周り うなじ 背中上 背中下 おしり ひじ上

ひじ下 手の甲 手の指 ひざ ひざ上 ひざ下 足の甲 足の指

Vライン Iライン Oライン その他（ ）

③他の脱毛クリニックでの治療経験はございますか？ はい ・ いいえ

治療部位（ ）時期（ ）クリニック名（ ）

④過去に大きな病気・怪我をされたことはありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃・腸の病気 肝臓病 気管の病気 脳の病気

肺の病気 甲状腺疾患 アトピー性皮膚炎 光線過敏症 アレルギー性疾患

血液疾患 てんかん発作

その他（ ）

⑤現在治療中の病気はございますか？ なし ・ ある

病名（ ）

★ うらもご記入ください 

⑥現在ご使用中のお薬はございますか？

なし ・ ある

薬品名（

）

⑦アレルギーもしくは特異体質などはございますか？

花粉 お薬（薬品名： _____） ハウスダスト ダニ 金属 動物

食品（食品名： _____） その他（ _____ ）

⑧肌質はいかがでしょう？

特に問題なし カミソリ負けしやすい 傷が治りにくい 皮膚刺激で皮膚反応が強くなる

軟膏などでかぶれた事がある

⑨現在 妊娠中、もしくは、妊娠している可能性はございますか？

はい ・ いいえ

⑩現在 授乳中ですか？

はい ・ いいえ

⑪当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット検索 当院のホームページ パンフレット 口コミ 友人紹介

当院 医師、スタッフ紹介（ _____ ） その他（ _____ ）