

美容相談問診票

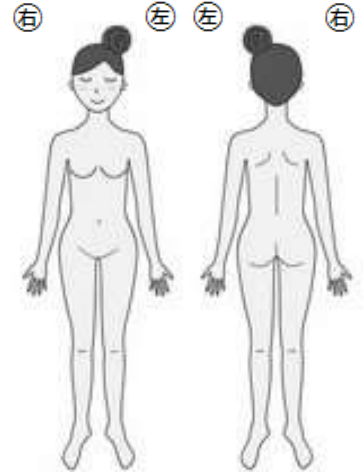
お名前

- ・美容治療は、自費診療となります。(保険はご使用になれません)
- ・お顔の場合は、お化粧を落してから診察させていただきます。

① 本日の受診目的を教えてください

しみ シワ そばかす くすみ にきび・にきびあと 毛穴 肌荒れ
ほくろ 脱毛症 血管腫
その他()

② 症状の出ている箇所(右の図)に○をつけてください



③ その症状はいつ頃からですか？

④ その症状に対して、これまでに治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

いつ頃()
受けた場所 : 医療機関 エステティックサロン その他()
治療内容 : レーザー 光治療 ピーリング イオン導入 エレクトロポレーション 注射 点滴
その他()

⑤ 現在日焼けをしていますか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 日焼け止めは塗っていますか？ (毎日 ・ ときどき ・ 塗らない)

⑦ ケロイド体質はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑧ 金属アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

⑨ 光線過敏症はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑩ 毛染め薬や化粧品、外用薬でかぶれたことはありますか？ (はい : . いいえ)

⑪ いれずみ、アートメイク、金の糸をされていますか？ (はい : . いいえ)

⑫ 今後、何か大事なイベントがありましたらお書きください

【 年 月 日 】 _____