

# 美容相談問診票

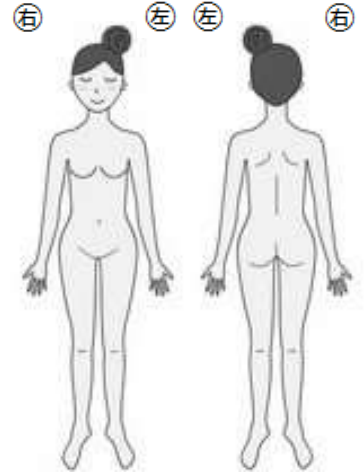
お名前

- ・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 】 \_\_\_\_\_