

《医療脱毛 問診票》

受診日 年 月 日

カルテ No. _____

フリガナ 生年月日 年 月 日

氏 名 職業

住所 〒 —

電話番号（連絡が付きやすいもの） 携帯・自宅

該当するものを○で囲んでください。

① 当院を受診されたことはありますか？ ・はい ・いいえ

② 脱毛の希望部位はどこですか？ 裏面のイラストに希望する部位を丸で囲んでください。

裏面へ

③ 自己処理以外での脱毛の経験はありますか？ ・ある：①医療脱毛 ②エステ ・ない

④ 現在治療中の疾患や内服中の薬剤はありますか？

・ある：疾患名 薬剤名 ・ない

⑤ 薬剤、食品のアレルギー、光線過敏症はありますか？ ・ある（ ） ・ない

⑥ 体内に金属（ペースメーカー、骨折などのボルト、（歯の金属は除く））は入ってますか？

・ある ・ない

⑦ 現在、妊娠中、妊娠の可能性、授乳中ではありませんか？ ・はい ・いいえ

⑧ 現在、生理中ではありませんか？ ・はい ・いいえ

⑨ 脱毛部位の剃毛はお済みですか？（お済みでない場合は剃毛代 3000 円かかります。）

・はい ・いいえ

