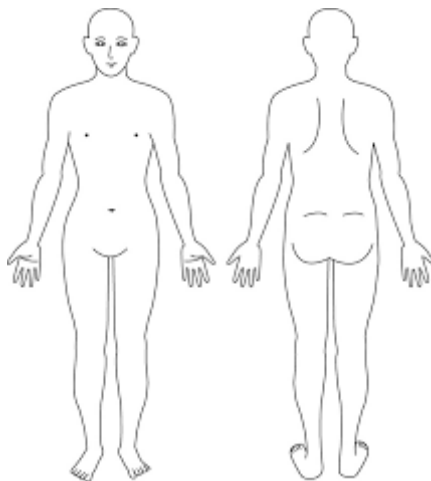


## 医療脱毛 問診票

- ① 脱毛希望部位に○印をお願いします。(検討中の部位もご記入下さい)



- ② 他のクリニックやエステ等で脱毛の経験はありますか？ (はい・いいえ)  
【はい】の方は差し支えなければ下記の事項もご記入下さい。  
◎脱毛の種類 ( )  
◎脱毛した部位または脱毛中の部位 ( )
- ③ 最近日焼けをしましたか？ (はい・いいえ)  
【はい】の方  1ヶ月以内  2ヶ月以内  3ヶ月以上前  日常的に
- ④ 自己処理方法はどのようにされていますか？(部位別・複数可)  
 カミソリで剃毛  脱毛ワックス  毛抜き等で抜毛  脱毛美容器具  
 その他 ( )
- ⑤ ケロイド体質ですか？ (はい・いいえ)
- ⑥ 光過敏てんかん発作をおこしたことがありますか？ (はい・いいえ)
- ⑦ リウマチの治療を受けていますか？ (はい・いいえ)
- ⑧ 抗凝固薬を内服中ですか？ (はい・いいえ)
- ⑨ 金の糸美容術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
- ⑩ アートメイクを入れていますか？ (はい・いいえ)
- 女性の方へ
- ⑪ 生理不順はありますか？ (はい・いいえ)
- ⑫ 妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

20 年 月 日

自筆サイン \_\_\_\_\_

ご連絡先電話番号 \_\_\_\_\_