



## 医療レーザー脱毛 問診票

◆脱毛希望部位を教えてください。（複数選択可）

わき・足・腕・顔・Vライン・背部・腹部・その他（ ）

◆レーザー脱毛を他院・エステなどで施術された事がありますか。

・なし ・あり（箇所は ）

・その際異常はありましたか。 ・なし ・あり（症状 ）

◆普段の自己処理はどのようにしていますか。

・剃っている ・抜いている ・電気シェーバー ・何もしていない

◆カミソリまけはしやすい方ですか。

・しやすいほうである ・しない

◆皮膚トラブルはよくおきますか。

・ない ・ある（アトピー・じんま疹・かゆみ・色素沈着・肌荒れ・日焼け）

◆日光に当たるとどうなりますか。

・いつも赤くなり、元に戻る ・赤くなり次第に黒くなる ・たいていすぐ黒くなる

◆現在妊娠の可能性はありますか。

・ない ・ある ・わからない

◆現在治療中の病気はありますか。

・ない ・ある（病名 内服薬 外用薬 ）

◆当院を知ったきっかけは何ですか。

・インターネット・雑誌・新聞・近所・以前から知っている（ ）

・友人の紹介（お名前： ）

ご協力ありがとうございました。