

問 診 表

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	昭和	年 月 日(才)
お名前		男 女		平成	
ご住所	□□□ - □□□□				
TEL	-	-	携帯TEL	-	-

■より安全な治療を行うために、以下の質問にお答えください。

Q1. ご来院の目的 ()

Q2. 当クリニックにお越しになられたきっかけをお答えください。

ホームページ その他 WEB サイト ()

雑誌・フリーペーパー () チラシ

その他 () 紹介(紹介者名:)

Q3. いままでに光・レーザー治療や脱毛をしたことがありますか? はい ・ いいえ

Q4. 上の問いで「はい」と答えた方は、以前受けたことのあるものにチェックを入れてください。

レーザー脱毛 針電気脱毛 レーザーフェイシャル フォトフェイシャル

Q5. 脱毛は普段どのような自己処理方法を行っていますか? ()

Q6. 最近1か月間で、ひどい日焼けがありますか? はい ・ いいえ

Q7. これまで何か大きな病気をしたり、手術をしたことはありますか? はい ・ いいえ

Q8. 現在、医療機関において治療を受けている病気はありますか? はい ・ いいえ

Q9. 現在、内服しているお薬はありますか? はい ・ いいえ

Q10. これまでに食べ物や薬物に対してアレルギー反応が起こったことはありますか?
はい ・ いいえ

Q11. これまでにアトピー性皮膚炎、光線過敏、ケロイド体質などと言われたことがありますか?
はい ・ いいえ

Q12. その他アレルギー体質はありますか? はい ・ いいえ

Q13. ペースメーカーを入れていますか? はい ・ いいえ

●以下は女性の方へお伺いたします。

Q14. 現在、妊娠中または授乳中ですか? はい ・ いいえ

Q15. 現在、妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。なお、ご記入いただいた個人情報は厳守されますのでご安心ください。