

問 診 票

ID _____

年 月 日

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



しみ・しわを記載して下さい。

▽アトピー性皮膚炎・光過敏症・ケロイド体質・アレルギー体質
と言われたことはありますか？
()

▽血液サラサラのお薬を飲んでいますか？
はい・いいえ

▽ペースメーカーを入れていますか？
はい・いいえ

▽妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
はい・いいえ

▽現在、婦人科で治療中又はお薬を貰っていますか？
はい・いいえ

▽現在、カラーコンタクトを使用していますか？
はい・いいえ

▽当院にお越しになられたきっかけは何ですか？

院内 ホームページ ぱど 熟年ばんざい ショッパー 御紹介: _____

▽気になる症状は何ですか？

シミ しわ くすみ ホクロ 肌の乾燥 わき汗

▽気になる治療あるいは製品は何ですか？ (○を付けてください)

- ・BBL 光治療(シミ・美肌)
- ・Q スイッチレーザー(シミ)
- ・炭酸ガスレーザー(ホクロ)
- ・ヒアルロン酸・ホトックス(しわ)
- ・美容点滴
- ・BBL SkinTyte(たるみ・しわ)
- ・トニング(美肌・美白・肝斑)
- ・ケミカルピーリング(ニキビ・毛穴)
- ・脱毛
- ・ドクターズコスメ
- ・レーザーフェイシャル(美肌・毛穴)
- ・ターマペン(毛穴)
- ・イオン導入(美肌)
- ・AGA(薄毛治療)

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。