

# あおぞら皮膚科 脱毛問診票

年 月 日

フリガナ				生年月日（西暦）		
お名前				年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒 -			ご職業		
電話番号	（自宅）			（携帯）		

美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適用外となります。（初診料 2,200 円、再診料 550 円）

1. 脱毛を希望する部位を、右図に○をつけるか  
下記に記載をお願いします。

（ ）

2. 体毛の処理は普段どのように処理されていますか？

- ・未処理 ・カミソリ ・電気シェーバー ・毛抜き
- ・除毛クリーム ・家庭用脱毛器 ・その他（ ）

3. 過去に医療機関、脱毛サロン、エステサロンで  
脱毛したことはありますか？

- ・なし ・あり（施設名： ）

4. 受けた施術の種類

- ・レーザー ・フォト（光） ・ニードル ・ワックス ・その他（ ）
- ・施術部位（ ）
- ・最終施術日（ 年 月 日 ）

5. 現在治療中の病気はありますか？

- ・なし ・あり（病名： ）

6. 現在内服中の薬・サプリメントで当てはまるものはありますか？

＜薬＞・鉄剤・抗凝固薬・免疫抑制剤 ＜サプリ＞・イチョウ・朝鮮人参・ニンニク

7. 日光に対するアレルギーはありますか？

- ・なし ・あり（現れる症状： ）

8. 以下に当てはまるものはありますか？

- ・施術希望部位にウイルス感染症、傷、刺青、癌がある ・てんかんの既往 ・ケロイド、瘢痕体質

9. 脱毛を受けるきっかけとなる大切な予定がありますか？

- ・なし ・あり（ 年 月 日ごろ 差し支えない範囲で内容： ）

10. （女性の方に）現在、妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？

- ・妊娠している（ か月） ・可能性あり（妊活中を含む） ・可能性なし ・授乳中

11. 当院にご来院されたきっかけは？

- ・知人家族の紹介 ・医療機関からの紹介 ・ホームページ ・近所 ・その他（ ）

