

美容問診表

記入日： 年 月 日

フリガナ： _____	生年月日： T・S・H 年 月 日
お名前： _____	ご年齢： _____ 歳
ご住所 〒(_____) _____	
お電話番号 (_____)-(_____)-(_____)	
メールアドレス (_____ @ _____)	

- 今回はどのようなことでお困りですか？ ○で囲んでください。
シミ 毛穴 ニキビ(跡) ハリ シワ 肝斑 イボ ホクロ 脱毛希望
くすみ まつ毛 ダイエット
そのほか(_____)
- 施術経験はありますか？ はい ・ いいえ
※『はい』の方 → いつ、どのような施術を受けられましたか？
(_____)
- ご希望の施術メニューはございますか？
医療脱毛 レーザー治療 ボトックス注射 ヒアルロン酸注入 リフトアップ 医療痩身
相談後に決めたい 診察のみ希望
そのほか
(_____)
- 施術希望の部位はどこですか？
(_____)
- お肌の肌質をお聞きします。
アレルギー体質 光敏感症 アトピー性皮膚炎 かぶれやすい 敏感肌 ニキビ肌
- 現在病気などで通院されていますか？ はい ・ いいえ
- 現在内服しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ
(_____)
※お薬のアレルギーはありませんか？(キシロカインアレルギー(麻酔)など)
(_____)
- そのほか、アレルギーはありませんか？(光アレルギーなど)
はい ・ いいえ
(_____)
- 最終月経はいつですか？ 年 月 日

