脱毛問診票

令和　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日(昭和・平成・令和)		年齢	性別
お名前		年　月　日		才	男 ・ 女
ご住所	〒				
携帯番号		電話番号		ご職業	

1.脱毛希望部位はどこですか？

□顔　□わき　□前腕　□上腕　□大腿　□下腿

□その他（　　）

2.これまで脱毛の治療を受けたことはありますか？

□はい いつ頃（　　）　□医療機関で　□エステティックサロンで

どのような治療（　　）

□いいえ

3.普段の自己処理はどのようにしていますか？

□カミソリで剃っている　□電気シェーバーで剃っている　□毛抜きで抜いている

□その他（　　）

4.皮膚トラブルはよく起きますか？

□はい　□アトピー　□じんましん　□かゆみ　□色素沈着　□肌荒れ　□ケロイド

□その他（　　）

□いいえ

5.日光に当たると、どうなりますか？

□すぐ赤くなり黒くならない　□赤くなってから黒くなる　□赤くならずに黒くなる

6.光線過敏症はありますか？

□はい　□いいえ

7.現在治療中の病気はありますか？

□　は　い　病　名

（　　）

□いいえ

8.現在内服しているお薬はありますか？

□　は　い　薬　品　名

（　　）

□いいえ

9.女性の方はお答えください。

□妊娠中である　□妊娠の可能性がある　□妊娠していない　□授乳中

10.今後、何か大事なご予定はありますか？（同窓会、成人式、結婚式など）

□はい いつ頃（　　）

□いいえ

なかの皮フ科クリニック 海老名西口