

## 問診票（医療用レーザー脱毛）

お名前	様
医療機関で脱毛のご経験はありますか？	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり ・施術部位( ) ・回数( ) ・最終日( ) ・その際に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
エステ等で脱毛やブラジリアンワックスのご経験はありますか？	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり ・施術部位( ) ・回数( ) ・最終日( ) ・その際に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
普段の毛の自己処理の方法はどのようにされていますか？	<input type="checkbox"/> 剃っている（ <input type="checkbox"/> T字カミソリ <input type="checkbox"/> 電気シェーバー） <input type="checkbox"/> 抜いている（最終 日前） <input type="checkbox"/> 家庭用脱毛器（最終 日前） <input type="checkbox"/> その他( )
カミソリまけはしますか？	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する
お肌のトラブルはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> その他 ( )
1 ヶ月以内に脱毛希望部位に施術を受けられましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 具体的に ( )
1 ヶ月以内に日焼けをした・またはする予定はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ( 年 月 日)
現在治療中のご病気はありますか？ 治療中の方は、お薬等を処方されている場合、薬剤名もご記入下さいませ。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ・病名( ) ・薬剤名( )
女性の方にご質問です。	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
アレルギーや特異体質等ございましたらご記入下さいませ。	( )