

# レーザー脱毛予約

フガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 性別（男・女）

生年月日（M・T・S・H） 年 月 日（ ）歳

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 携帯 / \_\_\_\_\_ 自宅 / \_\_\_\_\_

※受付番号 \_\_\_\_\_ ※日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ ※カルテ NO. \_\_\_\_\_

## 医療脱毛の質問事項

氏名 \_\_\_\_\_

Q 脱毛を希望される部位はどこですか？

（答え）

Q 希望される部位は、今までどのように処理されてきましたか？

（答え）

Q エステや医療機関で脱毛をされたことがありますか？

（答え）

Q 当院に来院されたきっかけは何ですか？

（答え）

下記の当てはまる事項に、○印をつけてください。

Q アトピー性皮膚炎・花粉症・喘息・食物アレルギーがあるとされた事がありますか？

YES / NO

YESの方は \_\_\_\_\_

Q 現在治療中の病気はありますか？

YES / NO

YESの方は \_\_\_\_\_ 治療中

Q 局所麻酔（例えば歯の治療など）で気分が悪くなったり、呼吸が苦しくなったりした事がありますか？

YES / NO

Q 脱毛希望の部位にアザやケガの痕はありますか？

YES / NO

★女性の方のみご記入下さい

Q 現在、妊娠中あるいは、その可能性が高い

YES / NO

Q 生理不順である

YES / NO

Q 肌が敏感で化粧品などでかぶれやすい

YES / NO

メモ