

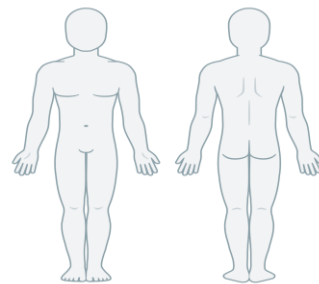
お名前: _____ 年齢: _____ 歳 職業: _____

共通

1. 本日はどのようなご相談ですか。

また、気になる部位がございましたら右図に○をつけて下さい。

- ☐ シミ ☐ そばかす ☐ たるみ ☐ 小じわ ☐ 瞼のたるみ
☐ 毛穴の黒ずみ ☐ くすみ ☐ 痩身
☐ ニキビ ☐ ニキビ痕 ☐ 毛穴の開き
☐ その他 (_____)



2. 今回のご相談内容について、これまでに治療を受けたり、他の美容皮膚科・エステに通院されたことはありますか。

治療内容: ☐ ボトックス ☐ ヒアルロン酸 ☐ レーザー ☐ 脱毛 ☐ フォトフェイシャル
☐ 点滴・注射 ☐ 痩身 ☐ 何も受けたことがない

3. 薬や食品などにアレルギーはありますか。

☐ はい ☐ いいえ

薬・食品名 (_____)

4. 現在治療中、または今までかった大きな病気はありますか。

- ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風・高尿酸血症 ☐ 狭心症・心筋梗塞
☐ 不整脈 ☐ 喘息 ☐ 胃炎・胃潰瘍 ☐ 肝機能障害 ☐ その他 (_____)

5. 常用している薬はありますか。

☐ はい ☐ いいえ

薬名 (_____)

6. 飲酒: ☐ 以前から飲まない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 飲む (1回あたり _____ 本/週 _____ 回)7. 喫煙: ☐ 以前から吸わない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 吸う (1日あたり _____ 本/喫煙年数 _____ 年)

8. 光線過敏症(光で皮膚にかゆみや赤みなどが生じる)はありますか。

☐ はい ☐ いいえ

9. 最近日焼けをした、または日焼けをする予定がありますか。

☐ はい ☐ いいえ

10. ペースメーカーを挿入していますか。

☐ はい ☐ いいえ

11. タトゥー、アートメイクをしていますか。

☐ はい ☐ いいえ

12. ゴールドセラピー(金糸治療)をしていますか。

☐ はい ☐ いいえ

13. インプラントをしていますか。

☐ はい ☐ いいえ

女性の方のみご記入ください

14. 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。

☐ はい ☐ いいえ

15. 現在授乳中ですか。

☐ はい ☐ いいえ

共通

16. 当クリニックをどのように知りましたか。

☐ ホームページ ☐ 雑誌 ☐ 検索WEB ☐ 知人の紹介 (_____ 様) ☐ その他 (_____)

17. 今後、施術経過のお写真をHPや院内パンフレットに掲載させていただくことにご同意いただけますか。

☐ はい ☐ 目を隠してなら可能 ☐ いいえ (ご協力頂いた際は割引がございます ※治療内容による)