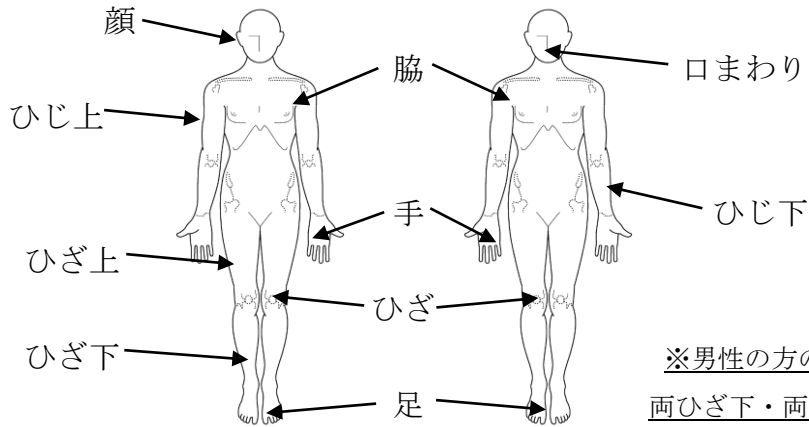


美容問診票

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

● 脱毛を希望される方は希望箇所に印を付けて下さい



※男性の方の脱毛は、ひげ・両ひじ下
両ひざ下・両手の甲・両手足の指のみです

● 気になる箇所に印を付けて下さい



気になる症状にチェックを付けて下さい

- ・シミ
- ・しわ
- ・ニキビ
- ・毛穴
- ・赤ら顔
- ・ハリ
- ・その他 ()
- ・肝斑
- ・タルミ
- ・ニキビ跡
- ・角栓
- ・くすみ

● 日光や光に対して、すぐ赤くなるなど過敏性がありますか？ (はい・いいえ)

● 光に当たるとてんかんや痙攣が起きることがありますか？ (はい・いいえ)

● 化粧品や塗り薬等がかぶれたことがありますか？ (はい・いいえ)

何を使用しかぶれたのかを記入してください

[]

● 今までに他院やエステでレーザー等の施術を受けたことがありますか？

(はい・いいえ)

いつごろ、どのような施術を受けましたか？

又、施術を受けてトラブルがあった場合は教えて下さい

[]

ご協力ありがとうございました