

<レーザー脱毛 初診問診表> _____ 年 月 日

氏名 _____ 様

- ・ 体温 _____ °C
・ 体調はいかがですか？ 良い 悪い（症状； _____）

・ 今回のご希望脱毛部位をチェックして下さい。

- 両脇 両前腕 両上腕 両手甲 両大腿 両下腿
 背部上下 背部上 背部下 胸腹部 胸部 腹部 両足甲
 ひげ全体 ひげ（両頬、もみあげ） ひげ（顎下、首） （鼻下） ひげ（あご）

・ これまでに脱毛を受けられたことがありますか？

- はい →（医療レーザー・エステサロン・家庭用脱毛器・その他） いいえ

※診察時に詳しくお聞き致します

・ 施術部位に残したいホクロはありますか

- ある（部位； _____） ない

・ 下記に該当する場合はチェックして下さい。

- 妊娠中ないし妊娠の可能性 光線過敏症 てんかん発作 ケロイド、瘢痕体質
 糖尿病などの慢性疾患 抗凝固剤の内服 免疫抑制剤やステロイド剤の内服
 鉄剤の内服 イチョウのサプリメント

・ レーザー施術部位に以下の症状がある方はチェックして下さい。

- 2ヵ月以内の日焼け ヘルペス 傷や化膿した皮膚病変 悪性腫瘍 刺青
 肝斑、あざ等 美容で金の糸を挿入した コラーゲンの注入 湿布薬の塗布

・ 現在内服外用しているお薬はありますか？

- はい → お薬手帳を看護師にお渡し下さい いいえ

・ 薬やたべものでアレルギーはありますか？

- はい →（ _____ ） いいえ

川西医院皮膚科