

<レーザー脱毛 再診問診表> _____年 月 日

氏名 _____様

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

- ・ 脱毛部位の追加変更のご希望がありますか？ ある ない

・ ご希望の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）

・ 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ある
内服薬の変更追加がある→お薬手帳を看護師にお渡し下さい
薬または食べ物などのアレルギーはありますか？→（ _____）

・ 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

<準備についてお伺いします。チェックした方は看護師に早めにお伝えください>

- 施術部位に、メイク、日焼け止め、制汗スプレーを使用している
 剃毛を希望する

<前回施術後の様子をお伺いします>

- ・ 施術後トラブルがありましたか？ ある ない
・ 前回施術後の痛みはがまん出来ましたか？ できた できない
・ 施術部位の硬毛化（毛が太く長くなる現象）がありましたか？ ある ない
・ 減毛は実感できましたか？ できた できなかった

<本日の施術についてお伺いします>

- ・ 施術部位に残したいホクロはありますか？ ある ない
・ ご質問ご希望等がありますか？ ある ない