

# 問 診 票

2022.07

ID: \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな			
お名前		生年月日	S・H・R 年 月 日
住所	〒	携帯番号	

◇ どの部位の脱毛を希望されますか

かお	わき	ひじの上	ひじの下
手の甲	ひざの上	ひざの下	足の甲
胸	おなか	うなじ	背中上部
背中下部	Vライン	Iライン	Oライン
おしり	VIOセット	全身（顔・VIOあり）	全身（顔・VIOなし）
スポット（5センチ四方）（                      ）			

- ◇ 医療機関やエステでの脱毛の経験はありますか？  
 ない ・ ある →（いつ頃：                      部位：                      ）
- ◇ 普段のお手入れ方法はどれですか？  
 （かみそり・電動シェーバー・毛抜き・脱毛ワックス・除毛クリーム）
- ◇ 脱毛希望の部位に日焼けや色素沈着や傷などはありませんか  
 ない ある（部位：                      ）
- ◇ 普段から紫外線ケアをおこなっていますか？  
 いいえ ・ はい
- ◇ 敏感肌ですか？  
 いいえ ・ はい（にきび・アトピー体質・そのほか（                      ））
- ◇ 現在、妊娠している可能性はありますか？  
 いいえ ・ はい
- ◇ 現在治療中の病気はありますか？  
 いいえ ・ はい（病名：                      、治療薬：                      ）

