美容問診票

ふりがな お名前	性別　　　男　・　女
	生年月日 　　年　　月　　日（　　歳)
ご住所	電話番号

☆ご相談内容についてお聞かせください。（複数回答可）

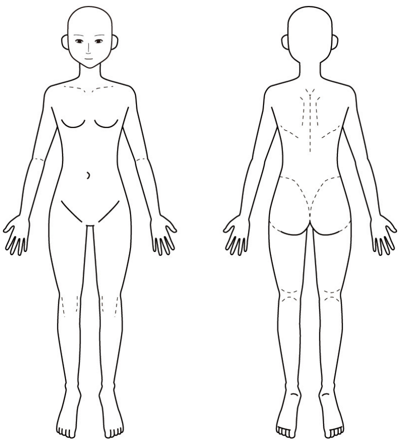
□しみ　□くすみ　□肝斑　□しわ　□たるみ　□ニキビ　□ニキビ跡
□赤み　□毛穴　□あざ　□タトゥー　□医療脱毛　□瞼が下ってきた
□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

☆最も解決したいお悩みはどちらになりますか。

部位(　　　　　)お悩み(　　　　　　　　　　　　)

☆今後大切なご予定はございますか。(結婚式、同窓会など)

□いいえ　□はい（　　　年　　月　　日）
　　　　　内容（　　　　　　　　　　　　　　　）



☆どのような治療をご希望ですか。

□保険治療(内服薬等）を希望する
□医師や看護師が行う医療レーザーなどの自費診療を希望する
□痛みやダウンタイムのない美容スタッフが行う医療エステを希望する
□医師の診察を受けて決めたい（相談料:2000円)
□スタッフとカウンセリングをして決めたい
□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

☆今までに施術したことのある美容医療はありますか。

□シミ取りレーザー　□ヒアルロン酸　□ボトックス注射　□医療脱毛　□アートメイク
□フラクショナルレーザー　□金の糸　□その他（　　　　　　　　　　）

☆上記の美容医療はいつされましたか。

内容（　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　年　　月　　日 ）

☆健康状態など当てはまるものにチェックをつけ、ご記入お願いします。

□コレステロール値が高い　□麻酔アレルギーがある　□ケロイド体質
□通院治療内服しているものがある（　　　　　科　病名・薬名　　　　　　　　）
□アートメイクを入れている　□体内に金属類をいれている（金の糸、ペースメーカーなど)
嗜好品:煙草（　　本/日）　□アルコール（　　日/週）
女性の方:□妊娠中　□授乳中　□女性ホルモン剤内服中

☆当院はお肌悩み、年齢に合わせた基礎化粧品を取り扱っております。

ご提案をご希望されますか？(押し売りは決して致しません)
□はい　　□いいえ

ご協力ありがとうございました。