

# 問診票 (医療レーザー脱毛用)



かな皮ふ科 (皮膚科・美容皮膚科)

〒470-2309 愛知県知多郡武豊町梨子ノ木四丁目 130-2

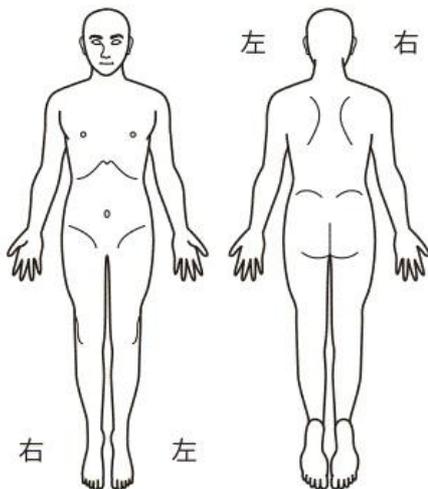
電話：0569-84-1112

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和
氏名					年 月 日
住所				電話番号	
					平成・令和

該当する項目に□にレ点をつけてご回答ください。

- ① 体毛はどのように自己処理されていますか？  
未処理 シェービング 毛抜き 脱毛クリーム 家庭用脱毛器 その他 ( )
- ② 過去に医療機関、脱毛サロン、エステサロンで脱毛された経験はありますか？なし あり  
 施設名 ( )  
 受けた施術の種類 レーザー フォト ニードル ワックス その他 ( )  
 照射部位 ( )  
 最終照射日 ( 年 月 日)
- ③ 現在治療中の病気はありますか？あれば病名や、治療内容を教えてください。  
 ( )
- ④ 日光に対するアレルギーがありますか？はい いいえ
- ⑤ 今まで大きな病気や手術をされたことがあれば教えてください  
 ( )
- ⑥ 女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？  
はい 妊娠 ( ) ヶ月 いいえ 妊娠の可能性あり 授乳中
- ⑦ 今後大事なご予定が近いうちにありますか？ はい いいえ  
 (ご予定日時 年 月 日 用事の内容 )
- ⑧ 体毛が気になり治療を希望されている部分に○をつけてください。



ご協力ありがとうございます。