

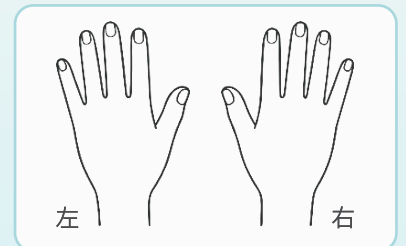
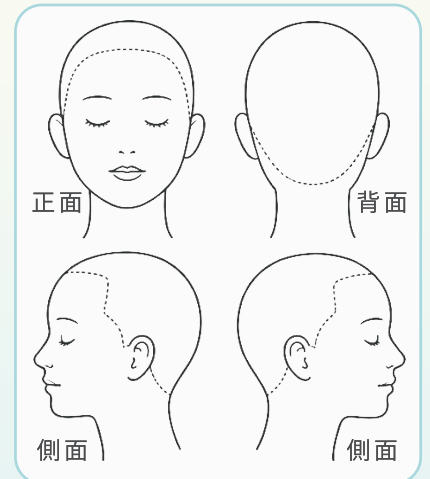
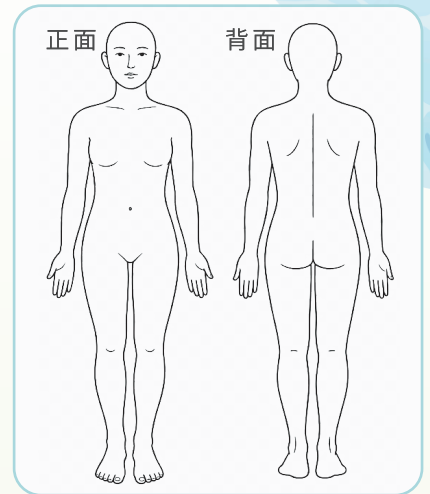


記入日: 年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令	
お名前	男・女	年	月	日 歳
ご住所	〒 —	電話番号	()	—

該当する項目の□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 普段、日焼け止めは使用されていますか？
いいえ はい
 使用頻度 毎日 時々 外出時のみ その他()
- ⑦ 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
- ⑧ 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)
- ⑨ 右図に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。



記入ができましたら
受付の人にお渡しください



当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、
 質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をよろしくお願い致します。