

ふりがな	
お名前 _____	性別 (男・女)
生年月日 年 月 日 (歳)	職業 _____
住所 (〒 -) _____	
電話番号 () _____	携帯電話番号 () _____



■肌の悩みや治療したい症状は以下の項目にありますか？

- しみ、そばかす くすみ しわ、たるみ
 - にきび・にきび痕 毛穴の開き・開大
 - 赤ら顔、毛細血管拡張 化粧品やスキンケア相談
 - その他 (具体的に _____)
- 気になるところを左図に示してください

■他の病院、クリニック、エステで治療されたことはありますか？

- ある ない
- ある方は下記内容を記載ください

医療機関・エステ名 (_____)
 施術時期・内容 (_____ 年 月頃) (_____)

■今までに下記の病気になったことがありますか？

- アトピー性皮膚炎 光線過敏症 蕁麻疹
- アレルギー性疾患 気管支喘息・花粉症・その他 (具体的に _____)
- その他の既往症 (具体的に _____)

■以下に該当するものがある場合はチェックしてください

- 傷がケロイドになりやすい 日焼けをした後に色素沈着になりやすい 敏感肌だと思う
- ヘルペスになったことがある 治療したい部位にアートメイク、刺青がある
- ペースメーカーなどの人工物が入っている

■現在服用しているお薬はありますか？ ある ない

内服している薬の名前 (_____)

■薬の副作用・食物などのアレルギーはありますか？ ある ない

薬・注射、食べ物、その他 (具体的に _____)

■女性の方に質問します 現在妊娠していますか？ (可能性も含む) はい いいえ

授乳をしていますか？ はい いいえ