初 診 時 診 療 申 込 書

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ		ID
お名前		

① 医療用レーザー脱毛は初めてですか	□初めて □経験あり→脱毛箇所は（　　） その時異常は→□あった　□なかった
② ほかにエステなどで脱毛をした ことがありますか	□経験なし □経験あり→方法は　□レーザー　□針脱毛　□その他 その時異常は→□あった　□なかった
③ 普段の自己処理はどのようにして いますか	□剃っている □抜いている □その他
④ カミソリまけはしやすいほうですか	□普通 □しやすい □わからない
⑤ 皮膚のトラブルはよくおきますか	□あまりない □よくある→□アトピー　□じんましん　□かゆみ □その他 □わからない
⑥ 脱毛希望箇所に、現在お肌のトラブル がありますか	□ない □ある→□肌荒れ　□色素沈着　□日焼け　□その他 □わからない
⑦ 現在、妊娠の可能性はありますか	□妊娠していない □妊娠しているまたはその可能性がある □わからない
⑧ 現在治療中の病気等はありますか	□ない □ある→　病名（　　） 内服しているお薬名（　　） 外用しているお薬名（　　）
⑨ 特異体質などはありますか	□ない □ある→　（　　） □わからない

その他、ご不明な点がございましたらお気軽にお申し付けください。

横浜ヘルスケアクリニック