

# 問診票

よく読んで正確に記入して下さい。わからない所はそのままで結構です。

## 病 歴

1. 今までに次のような病気にかかったことがありましたら○をつけて下さい  
腎臓病、心臓病、肝臓病、糖尿病、ぜん息、黄だん、血液病、高血圧、胃腸病、  
リウマチ、結核、アレルギー疾患、虫垂炎、歯の病気、その他の重い病気や  
ケガ（病名： \_\_\_\_\_）
2. 現在その病気は治っていますか。治っていない場合はその病名を書いて下さい。  
（ \_\_\_\_\_ ）
3. その治療をしていますか。（いる 、 いない）
4. 今どんな薬をのんでいますか。（薬名： \_\_\_\_\_）
5. 鎮痛剤、麻酔薬、覚醒剤、睡眠薬、精神安定剤などの使用経験はありますか。  
（ある 、 ない）
6. 現在こんな症状がありましたら○をつけて下さい。  
発熱、鼻汗、せき、たん、のどの痛み、下痢、便秘、はき気、息ぎれ、動悸、  
食欲不振、不眠、その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 体 質

1. 異状体質といわれたことがありますか。（ある 、 ない）
2. ケガ、手術で血が止まりにくかったことがありますか。（ある 、 ない）
3. カブレ（ひふ炎、湿疹、じんま疹など）の経験はありますか。（ある 、 ない）
4. 薬や飲食物のアレルギーはありますか。（ある 、 ない）
5. ケロイド体質がありますか。（ある 、 ない）
6. 今までに何か手術をうけたことがありますか。（ある 、 ない）
7. 麻酔の経験がありますか。（ある 、 ない）
8. 麻酔で異状がありましたか。（あった 、 ない）
9. 手術中に異状がありましたか。（あった 、 ない）

## 家族歴

1. あなたの肉親に大病した人がいますか。（いる 、 いない）
2. 麻酔や手術で異状のあった人はいますか。（いる 、 いない）

## 女性の場合

1. 今生理中ですか。（はい 、 いいえ）
2. 今妊娠中ですか。（はい 、 いいえ）
3. お産の経験はありますか。（ある 、 ない）
4. 異状産、自然流産、死産の経験はありますか。（ある 、 ない）
5. 妊娠中絶の経験はありますか。（ある 、 ない）
6. ピルやホルモン剤をのんでいますか。（いる 、 いない）

以上をよく確かめてまちがいなければサイン・捺印して下さい。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ （ 才 ） 男・女

## 問診票（脱毛治療）

1. ご希望の治療箇所(部位)はどこですか？

2. 今までに、脱毛の治療経験はございますか？（□なし □あり）

いつ頃？ 年 月

どこで(エステやクリニック名)

どの部位ですか？

3. 脱毛について、自己処理はしていますか？（□はい □いいえ）

どこを？

どんな方法で？

頻度は？

4. 日光過敏症や光アレルギーなどと診断されたことはありますか？（□はい □いいえ）

5. 脱毛希望のところに、過度の日焼けや、摩擦等による色素沈着はありますか？（□はい □いいえ）

6. 治療希望のところに、皮膚炎や発疹などの皮膚病変はありますか？（□はい □いいえ）

7. 今回の治療箇所以外に、脱毛してみたい部位はありますか？（□はい □いいえ）

それはどこですか？

■ 以下は、予めご理解と確認をいただく事項です。右の□にチェックをして下さい。 チェック

8. 痛みは、輪ゴムで弾かれた程度で、部位によって多少痛みが増すことがあります。 □

9. 脱毛治療を行うことにより、刺青・しみやホクロの色が抜ける場合があります。 □

残しておきたい箇所については、予めお申しつけ下さい。

10. レーザー照射後に、赤み、ヒリツキや、かさぶたになる場合がありますが、 □

通常は1～2日で落ち着きます。

11. 脱毛治療により、皮膚に潜んでいたニキビ菌により、ニキビ・毛濃炎になる場合があります。 □

12. お客様の体質により、まれに色素沈着が生じる場合があります。脱毛治療を行うにあたって、  
軟膏との併用が必要となる場合があります。また、脱毛治療期間中は、日々UVケアをされる  
ことをお勧め致します。 □

13. レーザー照射後、6時間は、できるだけ湯船につかることは避けて、シャワーだけにして下さい。 □

また、シャワーの際は、擦らないように気をつけて下さい。

14. 治療当日の、ヒリツキや赤み、かゆみについては、ご自宅にて冷やすなどのケアを十分に  
行って下さい。 □

15. 脱毛治療期間中は、ご自分での脱毛は行わないで下さい。特に「毛抜き」は行わないで下さい。 □

16. レーザー照射の効果は、毛質、肌質、脱毛範囲によって、個人差がありますので、予めご了承  
下さい。 □

17. 治療に当たって、不安な点などがございましたら、ご記入下さい。 □

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 男 ・ 女