

問診票

記入日: _____

フリガナ

氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: S・H 年 月 日 (才)

住所: 〒 _____ DM(可・不可)

携帯番号: _____ Mail: _____ DM(可・不可) 職業: _____

※安全に施術をお受けいただくために、以下の項目についてご記入ください。

●自己処理の確認 (処理方法: 剃る・抜く・ワックス・その他)
(当日・前日・その他:)

●自己処理時のトラブル なし・あり (部位: 症状:)

●現在、治療中の病気や内服薬はありますか (病名:)
(薬剤名:)

●過去に治療が必要な疾患はありましたか (病名: 時期:)
(薬剤名:)

●薬・食品・光線過敏症など なし・あり
アレルギーはありますか (症状:)

該当するものを○で囲んでください 高血圧・心臓病・ペースメーカー・高血圧
体内に金属が含まれる手術歴あり・美容外科手術
婦人科系疾患・喘息・ケロイド体質・皮膚癌・色素沈着
放射線治療中・薬剤性光線過敏症・光線過敏症
日光過敏症・皮膚炎・伝染病・その他()

【女性の方】

●現在、生理中ですか いいえ・はい
●現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか いいえ・はい
●現在、授乳中ですか いいえ・はい
●本日医師の診察を希望されますか いいえ・はい

※診察を希望される場合は、再診料がかかります。(再診料 550 円)

※診察を希望される場合、お待たせすることがあります。あらかじめご了承ください。

※「無料」の部位については、必ず医師の診察が必要になります。(再診料 550 円)

※本日の体調、肌の状態によっては施術を行えない場合があります。

※事前にご自身で剃毛を行ってきていただきます。

剃毛が行われていない場合には、別途剃毛料 2,200 円(税込み)をいただきます。

※剃毛を希望される場合、事前予約が必要です。

施術希望部位:

●その他に、ご意見・ご質問などがありましたらご記入ください。