

ファームアップ問診票

フリガナ
氏名: _____ 生年月日: S・H 年 月 日(歳) 性別: 男・女
住所: 〒 _____ DM(可・不可)

電話番号: _____ 職業: _____

●現在のお肌のお悩みはありますか はい・いいえ
例) 1年前から目尻のシワが気になる

●お肌のお悩みに対して何かしていますか はい・いいえ
例) 1年前からボトックスを継続的にしている

●アレルギーはありますか はい・いいえ
花粉症: _____ 食べ物: _____ 薬剤: _____ その他: _____
※特定のアレルギーの方は施術を受けられません。

●現在または過去に治療中の疾患についてご記入ください
病名: _____
内服薬: _____
※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください。

●以下当てはまるものに○をしてください
がん・重症高血圧・心臓疾患・冠動脈症・腎不全・感染症・ケロイド体質
静脈瘤・静脈炎・クモ状血管静脈・てんかん・血栓・赤ら顔・糖尿病
外科手術・薬物治療(感光性薬剤)・脂肪吸引(1ヵ月以上)・皮膚に火傷・アトピー性皮膚炎
・コラーゲンなどの注入直後(術後4週間)
・脂肪溶解注射(2週間~4週間)
・イソトレチノイン: ニキビ治療薬(アキュテイン3ヵ月以内)
※上記疾患の方または持病をお持ちの方は施術を受けられません。

●妊娠または産後12か月以内、授乳中ですか はい・いいえ
※妊娠・産後12か月以内の方は施術を受けられません。

●気になる項目に○をしてください
医療脱毛・ファームアップ(シワ・たるみ改善)・ボトックス
美容内服・まつ毛育毛・アイケア・化粧品(クリニック限定)