

# 美容問診票

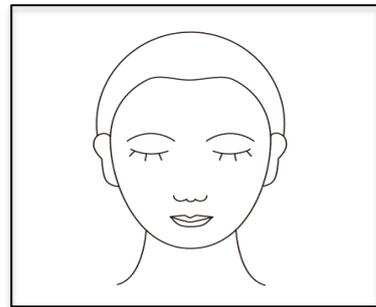
フリガナ 氏名		男・女	生年月日	S・H・R	年	月	日
		年齢	歳	TEL			
住所	〒						
職業			記入日		年	月	日

初回カウンセリング料：3135 円、再診料：935 円かかります。

① 希望されるご相談内容に○をつけてください(複数回答可)

- ◆ 目・しわ・たるみ・脱毛・ホクロ・AGA治療・多汗症・刺青除去  
美容点滴/注射・美容商品/化粧品・その他( )
- ◆ ピアス(希望部位: 両耳・軟骨・トラガス・インダストリアル・へそ・その他 )
- ◆ シミ(肝斑)・赤ら顔・にきび・毛穴

シミ(肝斑)・赤ら顔・にきび・毛穴を選択された方へ  
肌診断機(レビュー2)を使用しての  
カウンセリング希望はありますか?  
( あり 4235 円  なし 3135 円)



(ご記入ください)

※お化粧を落としていただきます。

② 過去にエステまたは美容皮膚科・美容外科で施術を受けられたことがありますか?

- はい      はいの方 時期: \_\_\_\_\_  
 いいえ      施術内容: \_\_\_\_\_

③ 過去に大きな病気にかかったことはありますか?

- 心臓病  糖尿病  肝・腎疾患  脳疾患  その他( )  
 いいえ

④ 何か内服している薬はありますか?

- 頭痛薬  便秘薬  睡眠薬  精神安定剤  ホルモン剤  避妊薬  
 抗凝固薬  その他( )  
 いいえ

⑤ 女性の方へ: 現在妊娠している可能性はありますか?

- いいえ  はい      はいの方 (妊娠 週目)

授乳中ですか?  いいえ  はい

⑥ お薬・食べ物・アルコール・金属など何かアレルギーはありますか?

- いいえ  はい      はいの方 ( )

⑦ 今までに麻酔(歯医者含む)の経験はありますか?

- いいえ  はいの方 (異常はありましたか? )

⑧ 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

- ホームページ  看板  自宅・職場が近くのため  
 紹介(紹介者 様)  その他( )

