

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：4400円(お顔の施術の方・ビュー代含む)、3300円(お顔の施術以外の方)

再診料：950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)

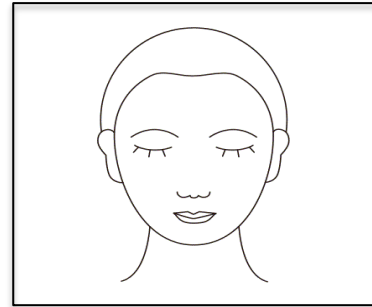
- ◆ 目・しわ・たるみ・脱毛・ホクロ・AGA治療・多汗症・刺青除去
美容点滴/注射・美容商品/化粧品・アートメイク・その他()
- ◆ ピアス(希望部位:両耳・軟骨・トラガス・インダストリアル・へそ・その他 _____)
- ◆ シミ(肝斑含む)・赤ら顔・にきび・毛穴

お顔の施術を選択された方へ

肌診断機(ビュー2)でお顔の撮影をさせていただきます。

お化粧を落としていただきます。

肌診断機(ビュー2)の撮影に同意します。



(ホクロ、しみの方は
場所をご記入ください)

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()

