問診表（医療レーザー脱毛）

番号			
ふりがな			
氏名	様		
１. 医療用レーザー脱毛は初めてですか。	・初めて		
	・経験あり	箇所は（　　） そのとき異常は、　あった・無かった	
２. ほかに、エステなどで脱毛をしたことはありますか。	・経験あり	方法は　レーザー　・　針脱毛	
	・ない		
３. 普段の自己処理はどのようにしていますか。	・剃っている		
	・抜いている		
４. カミソリまけはしやすいほうですか。	・普通		
	・しやすいほうである		
５. 皮膚のトラブルは、よくおきますか。	・あまりない		
	・よくある	・アトピー　・じんましん　・かゆみ	
６. **脱毛希望箇所に、** 現在お肌のトラブルはありますか。	・ない		
	・ある	・肌荒れ　・色素沈着　・日焼け	
７. 現在、妊娠の可能性は。	・ない		
	・ある		
８. 現在治療中のお病気はありますか。	・ない		
	・ある	病名（　　） 内服している薬の名前(　　) 外用している薬の名前(　　)	
９. 特異体質などありましたら、お教えください。			

お肌のことなら何でもお気軽にご相談ください。

南青山スキンケアクリニック