

問診表

お名前： 生年月日（西暦） 年 月 日（歳）

ご連絡先（自宅／携帯）： 住所：〒 -

●脱毛をご希望するきっかけを教えてください。※複数回答可

- 自己処理が面倒（顔・身体・どちらも） デザイン脱毛したい
カミソリ負け等をなくしたい 毛量を減らしたい 青髭が気になる その他（ ）

●自己処理はどのように行っていますか？※複数回答可

- T字カミソリ 電気シェーバー 毛抜き 除毛クリーム 家庭用脱毛器
その他（ ）

●過去に脱毛経験はありますか？

- ない ある（サロン名： いつ頃： /回数： 回 /部位： ）

●脱毛希望部位または自己処理をしたことがある部位はどこですか？

- 顔：全体 両頬 両もみあげ 鼻下 あご・あご下 首 口下
体全体：全身
上半身：胸部 腹部（へそ回り） 脇 腕 指（手・足） 手の甲 その他（ ）
乳輪 胸部 腹部（へそ回り） 脇 肘（上・下） 手（指・甲） 肩
下半身：膝（上・下） 脚 足（指・甲）
陰部：Vライン Iライン Oライン 臀部

●ご理想の状態を教えてください。

- 減毛 すっきり ツルツル

●現在、常用中の内服薬や外用薬がある方はお答え下さい。

- いいえ
はい お薬名： 常用期間／回数：

●身体内部に美容整形または装着金属はありますか？

- いいえ
はい：関節部位のボルト等 歯科矯正 美容整形 インプラント ペースメーカー
その他（ ）

●現在、または過去にアレルギー疾患の経験はありますか？

- いいえ
はい：アルコール 金属 薬品 花粉症 気管支喘息
アトピー性皮膚炎 日光アレルギー 皮膚過敏症 食物
その他（ ）

●お身体の状態について該当する既往歴はありますか？

- 心臓病 腎臓病 てんかん 精神疾患 性感染症 白斑 癌の既往歴がある
脳疾患 ヘルペス ケロイド 光過敏症 その他（ ）

●脱毛希望部位について該当する項目はありますか？

- 該当なし シミ・ほくろ・アザ 裂傷・擦り傷 刺青・タトゥー

※ご記入ありがとうございます。その他、ご質問・ご不明な点がございましたら何でもカウンセラーにお話し下さい。