

美容施術問診票

令和 年 月 日

| | | | | |
|-------------|-----|-------|--------|-----------|
| ふりがな | | 女・男 | 生年月日 | S . H . R |
| お名前 | | | 職 種 | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 - | | | |
| 携帯電話 | | 電話番号 | | |
| メール アドレス | | メール送付 | 可 ・ 不可 | |

現在、他科に通院中または大きな病気をされた方は下記にご記入ください。

病名

内服中のお薬

下記に該当する場合は口にチェックしてください。

- 妊娠中 妊娠希望 授乳中 日光過敏 喘息
 アトピー体質 ケロイド体質 出血性疾患を有する ヘルペス インプラント
 ペースメーカーやボルト等、金属が入っている

アレルギーはありますか

- はい いいえ
 どのようなアレルギーですか
 薬 剤 食 物 ゴ ム 金 属
 ()
 ()

※本日は、どのようなお悩みでいらっしゃいましたか 又 ご希望の治療がありますか

※他の美容クリニックでの治療経験はおありですか

- はい いいえ
 内 容

効果はいかがですか

※皮膚トラブルはよくありますか

※1か月以内に行った美容施術の有無

- あ り な し
 内 容

※現在のスキンケアについて教えてください

- 洗 顔 クレンジング 化粧水 乳 液 美容液
 クリーム 日焼け止め ファンデーション

※お肌に気を付けている事（生活・食事・サプリ等）

※肌タイプをお選びください

- 乾燥肌 オイリー肌 ニキビ肌 混合肌 敏感肌

※下記の症状にお悩み、又は下記の施術に興味がおありでしたら口にチェックしてください

※お悩み

- たるみ 小じわ 乾 燥 毛穴 くすみ
 ニキビ跡 ニキビ その他 ()

※施術または治療

- アートメイク 水光注射 ハイフ 脱 毛 浸透型ピーリング
 エレクトロポレーション 美容内服 美容点滴 プラセンタ注射 薄毛治療

※当院をどのようにお知りになりましたか

- ホームページ SNS ()
 知人の紹介 (お名前)
 その他 ()

※SNSはされていますか

- Instagram TikTok X (IBTwitter) Facebook
 YouTube その他 ()

※SNS投稿にご協力いただけますか？

- 顔出しOK 部位ならOK 眼はダメ 顔出しダメ

※注意事項

当院美容診療は自費診療となり全額自己負担となります。