

はる皮フ科クリニック問診表 (美容皮膚科)

| | | | |
|------|------|-------------|----|
| ふりがな | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 |
| お名前 | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 | 歳 |
| ご住所 | 〒 - | 電話 | |
| | | 携帯 | |

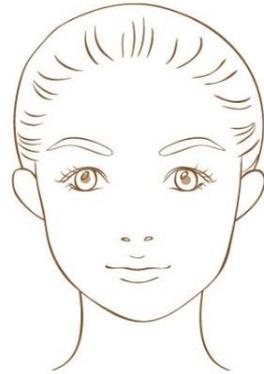
①気になる症状をご記入ください。

②場所を図に書いてください

()

③ご希望の施術に してください。

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> フォトRF | <input type="checkbox"/> 内服治療 |
| <input type="checkbox"/> イオン導入 | <input type="checkbox"/> 外用薬治療 |
| <input type="checkbox"/> ピーリング | <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 |
| <input type="checkbox"/> レーザー 部位 () | |
| <input type="checkbox"/> 脱毛 部位 () | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |



④今までに上記の治療を受けたことがありますか？

- ない ある →治療内容・いつ頃 ()
効果・感想 ()

赤みが出たり色素沈着はありましたか？ ない ある

⑤日焼けした後どうなりますか？

- 赤くなったあと黒くなる 赤くなるが黒くならない 赤くならず黒くなる

⑥パ-スメ-カ-・イ-ラ-ト・埋込式除細動器・金属糸・金属プレートなどを体内に埋め込んでいませんか？

- ない ある

⑦妊娠の可能性がある・妊娠中・授乳中ではありませんか？ ない ある