

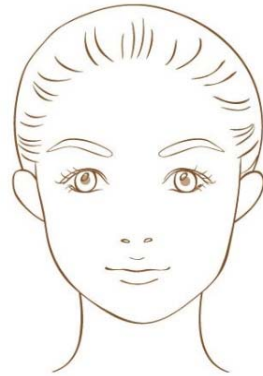
はる皮フ科クリニック問診表 (美容皮膚科)

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 α -スメカ・インフラット・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

