

HIFU 問診票

カルテ No. _____

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒		
連絡先	携帯電話	自宅(携帯電話がない場合)	

1. 希望の施術部位を教えてください。(複数回答可)
 - 全顔(顎下含む) 両頬 顎下のみ 目元+額(アイシャワー)
2. 今までに大きな病気をされたことや、慢性疾患で治療をうけていますか？
 - はい(病名: _____) いいえ
3. 現在、飲んでいる薬はありますか？
 - はい(薬名: _____) いいえ
4. 体に合わない注射や薬がありますか？もしくは、なにかのアレルギーと診断されたことがありますか？
 - はい(具体的に: _____) いいえ
5. 該当事項はありますか？(既往含む)
 - インプラント ペースメーカー シリコンを用いた手術 金属糸を用いた手術
 - 糖尿病 金属アレルギー 心疾患 重度の皮膚疾患
 - フィラー剤(ヒアルロン酸などの充填剤)を1週間以内に施術をした
 - 妊娠中/授乳中/妊娠の可能性 抗凝固薬/抗血小板薬投与中
 - 感染症(肝炎・梅毒・HIVなどの血液感染症など)
6. ケロイド体質と言われたことはありますか？
 - はい いいえ
7. HIFU をしようと思ったきっかけを教えてください。
 - (_____)
8. 医療機関・エステサロンなどでの HIFU の経験はありますか？
 - はい(どこで: _____ 部位: _____) いいえ
9. 他の医療機関又はエステサロンではなく、当院を選ばれた理由を教えてください。
 - (_____)
10. 当脱毛施設をお知りになったきっかけは何ですか？(複数選択可)
 - 既に皮膚科に通っていた 地域の情報誌(クータ) LINE 看板 電話帳
 - 当院のパンフレット 家族の紹介 知人の紹介 ネット検索による当院 HP
 - ネット広告による当院 HP WEB サイト:ドクターズファイル WEB サイト:病院なび
 - WEB サイト:caloo WEB サイト:Medical DOC Facebook Instagram
 - その他(_____)