

HYDRAGENTLE(ハイドラジェントル)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。
 全顔 鼻のみ

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)
 アスピリンアレルギー(溶剤にアスピリンを用いています)
 日焼け直後 大きな傷がある 重度の皮膚疾患
 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. HYDRAGENTLE(ハイドラジェントル)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 HYDRAGENTLE(ハイドラジェントル)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(_____)