

# エレクトロポレーション問診票

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
  
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)  
 ペースメーカー  
 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. エレクトロポレーション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エレクトロポレーション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( \_\_\_\_\_ )