

医療レーザー脱毛問診票

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. 希望の脱毛部位を教えてください。(複数回答可)

- 両わき 顔 口元 ヒゲ デリケート部分(V・I・O)
 胸 腹 腕 足 お尻
 背中 全身 指先
 その他 (_____)

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)

- てんかん ペースメーカー 喘息 気胸 過呼吸
 中耳炎 パニック障害 心疾患 腸閉塞 刺青
 眼科手術(2ヶ月以内) 金属アレルギー 光アレルギー 出血性疾患
 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) 関節リウマチ等で金製剤の服用歴

6. 麻酔を受けた際に、異常が出たことはありますか？(歯科治療も含む)

- はい (具体的に: _____) いいえ

7. ケロイド体質と言われたことはありますか？

- はい いいえ

8. 男性の方に伺います。現在AGAに対して内服薬治療を受けていますか？

- はい (薬名: _____) いいえ

9. 脱毛をしようと思ったきっかけを教えてください。

- (_____)

※裏面も記載をお願いします

