

男性脱毛 問診票

平成 年 月 日 担当:

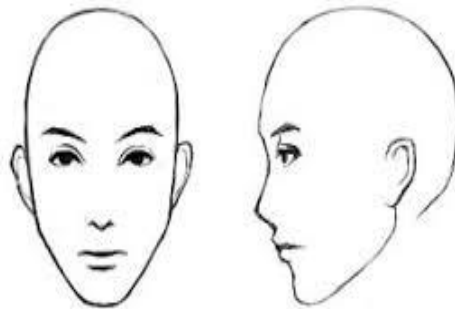
| | | | |
|----------|------|-------|-------------------|
| お名前 | ふりがな | 性別 | 生年月日 |
| | | 女・男 | 明・大・昭・平 年 月 日 (才) |
| ご住所 | 〒 - | TEL | |
| | | 携帯TEL | |
| 連絡可能な時間帯 | | 職業 | |

※ 住所・自宅の電話番号等、変更になった場合は必ず受付にお申し出ください。

①希望する脱毛部位を教えてください（複数回答可）

顔脱毛の希望部位をイラストに記入下さい

顔(鼻の下、あご、頬、首)
 ヒザ下 ・ ヒザ上 ・ ヒジ下 ・ ヒジ上
 胸 ・ 腹 ・ 手 ・ 足 ・ 膝 ・ ワキ
 その他()



②以前にクリニック・エステティックサロン等で脱毛をされたことがありますか？

・ なし ・ あり ⇒院名・店名：()
 通われた期間：(年間) いつ(年前)
 脱毛部位 : ()
 方法 : 光 ・ レーザー ・ 電気(針) ・ その他()

③脱毛をしようと思った理由はなんですか？

ひげそりなどで肌が痛みやすいので
 以前から、体毛の多さが気になっていた
 日々のひげそりが面倒臭いから
 その他()

④日焼けをする予定・習慣はありますか？(屋外でのお仕事、ゴルフ、海、お子様の行事など)

(いいえ ・ はい)

⑤現在医療機関において治療を受けている病気はありますか？

(いいえ ・ はい _____)

⑥現在、内服しているお薬はありますか？

(いいえ ・ はい _____)

⑦どのようにして当院をお知りになりましたか？

知り合いからの紹介 駅案内 当院サイト 地域新聞 口コミ広場 バス案内 看板
 千葉ジェッツ その他()