

男性脱毛 問診票

年 月 日 担当:

お名前	ふりがな	性別	生年月日		
		女・男	大・昭・平	年	月 日 (才)
ご住所		TEL			
		携帯TEL			
連絡可能な時間帯		職業			
メールアドレス		クリニックからのDMを送付してよろしいでしょうか		はい ・ いいえ	

※ 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。

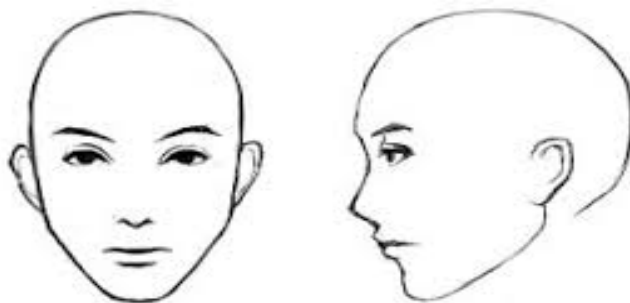
①希望する脱毛部位を教えてください（複数回答可） 顔脱毛の希望部位をイラストに記入下さい

顔(鼻の下、あご、頬、首)

ヒゲ下 ・ ヒゲ上 ・ 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・家族からの紹介 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()