

女性脱毛 問診票

平成 年 月 日 担当:

お名前	ふりがな	性別 女・男	生年月日
			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	

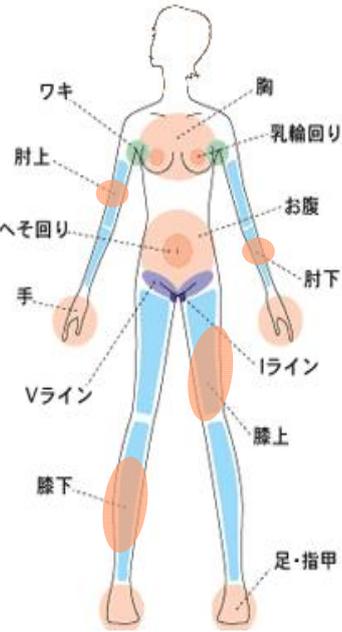
※ 住所・自宅の電話番号等、変更になった場合は必ず受付にお申し出ください。

①脱毛ご希望箇所を教えてください（複数回答可）

顔・ワキ・ひじ上・ひじ・ひじ下・うなじ・背中・胸・お腹・腰・ひざ上・ひざ下・手の甲、指・足の甲、指・VIO・その他()

②自己処理をしている部位に○をつけ、ペース・方法を教えてください

ワキ	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
ビキニライン	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
ひざ下	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
ひざ上	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
ひじ下	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
ひじ上	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
背中	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
顔	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()
その他 ()	毎日・週に()回 剃る・抜く・その他()	その他()



③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()

④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)

⑤現在、内服しているお薬はありますか？

(いいえ・はい)

⑥現在、妊娠中または授乳中ですか？

(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()