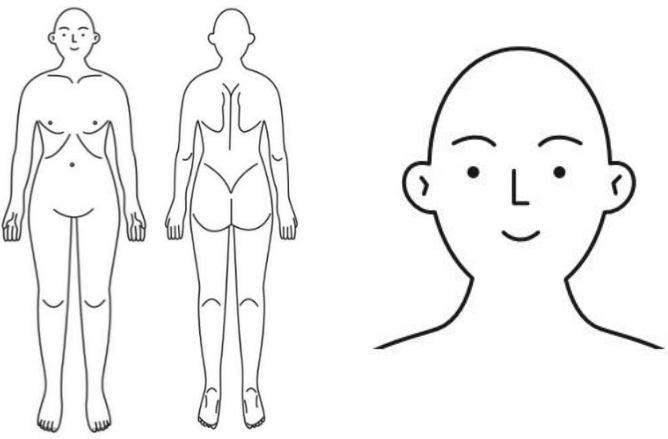


美容皮膚科カウンセリング問診票

フリガナ		性別	生年	大・昭・平・令	職業
氏名		男・女	月日	年 月 日( 歳)	
住所	〒 -	自宅			
		携帯番号			

■カウンセリングを受けるにあたり、あてはまるものに☑をしてください。

- 希望している施術がある〔施術名: \_\_\_\_\_〕
- まずはお試しで施術を受けたい
- お話だけ聞いて検討したい

<p>■お悩みを優先順位の高いものから<u>1番</u>、<u>2番</u>まで記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> しみ、そばかす、肝斑、くすみ</li> <li><input type="checkbox"/> しわ、小じわ</li> <li><input type="checkbox"/> ニキビ、ニキビあと</li> <li><input type="checkbox"/> 毛穴</li> <li><input type="checkbox"/> 赤み、赤ら顔</li> <li><input type="checkbox"/> たるみ</li> <li><input type="checkbox"/> 脱毛〔部位: _____〕</li> <li><input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕</li> </ul>	<p>■相談したい部位はどこですか？○で印を付けて下さい。</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>■お顔のカウンセリングの方はお答えください。</p> <p>本日はお化粧をされていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
---	--

■これまでに施術・治療を受けられたことはありますか？

- エステサロンで：治療内容〔 \_\_\_\_\_ 〕いつ頃〔 \_\_\_\_\_ 〕
- 医療機関で：治療内容〔 \_\_\_\_\_ 〕いつ頃〔 \_\_\_\_\_ 〕

■金の糸やリフトアップの手術を受けられたことはありますか？ いいえ はい〔いつ頃 \_\_\_\_\_ 〕

■ボトックスやヒアルロン酸の注射を受けられたことはありますか？ いいえ はい〔いつ頃 \_\_\_\_\_ 〕

■施術のご予算はいくらくらいですか？ [月 \_\_\_\_\_ 円くらい]

■ダウンタイムについて

- ダウンタイム（赤み、ひりつき、内出血など）がある施術も希望
- ダウンタイム（赤み、ひりつき、内出血など）がない施術を希望

■薬、食物、アルコール等のアレルギーはありますか？ いいえ はい

薬・食物等の名前〔 \_\_\_\_\_ 〕

■妊娠中ですか？ いいえ はい(妊娠 \_\_\_\_\_ 週目)

■授乳中ですか？ いいえ はい(授乳 \_\_\_\_\_ カ月)

ご記入ありがとうございます。受付までご提出ください。