

ID: _____

レーザー治療問診票

令和 年 月 日

明治・大正

氏名 _____ 生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

〒 _____ 電話番号 (_____)

住所 _____ 携帯電話 (_____)

問1 どのような症状に対しての診察をご希望されますか？

レーザーフェイシャル：しみ・そばかす・くすみ・しわ・リフトアップ・ニキビ・その他 (_____)

レーザー脱毛 希望部位：脇・腕・足・その他 (_____)

問2 医療用レーザーをこれまでに受けられたことがありますか？ [はい ・ いいえ]

・ 経験あり → 種類：レーザー脱毛、シミ取りレーザー、その他 (_____)

治療箇所 : (_____)

その時異常は : (あった ・ なかった)

問3 その他エステなどで脱毛やピーリングなどの施術を受けたことはありますか？ [はい ・ いいえ]

・ 経験あり → 脱毛：レーザー脱毛、光脱毛、針脱毛、その他 (_____)

ケミカルピーリング、その他 (_____)

その時異常は : (あった ・ なかった)

最終施行日は : (_____ 年 _____ 月)

問4 皮膚のトラブル・アレルギーはよくありますか？ [はい ・ いいえ]

・ ある → 光線過敏症、アトピー、かぶれ、じんましん、カミソリまけ、その他 (_____)

問5 今回施術希望部位に以下のものはありますか？ [はい ・ いいえ]

・ ある → アートメイク、タトゥー、あざ(母斑)

金の糸埋入、鼻のプロテーゼ

問6 海などで日光に当たったときの皮膚の反応はどうなりますか？

・ スキンタイプⅠ：すぐ赤くなり、褐色になりやすい

・ スキンタイプⅡ：ⅠとⅢと間くらい、どちらもほどほど

・ スキンタイプⅢ：あまり赤くならず、褐色が定着しやすい

問7 現在、治療中の病気はありますか？ [はい ・ いいえ]

病名 (_____)

治療薬 (_____) お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

問8 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？ または授乳中ですか？

[現在妊娠している (_____ ケ月) ・ 可能性あり ・ 可能性なし ・ 授乳中]

問9 当院をどのようにお知りになりましたか？

・ ご紹介者 (_____ 様より)

・ ご家族 (_____ 様より)

・ 院内掲示にて

・ 他科にて通院中のため

問10 その他に体調のことや皮膚のことで気になる点がありましたらご記入ください。

(_____)