医療脱毛問診票

ID

令和　　年　　月　　日

ふりがな	
氏　名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和　　年（西暦　　年） 月　　日
住　所　〒　　－	
電 話 番 号（ご 自 宅）	－　　－
（携　帯）	－　　－
メディフィット IKIRU(該当する項目に〇をつけてください) 非会員　・　一般会員　・　メディカル会員　・　コア会員　・　フル会員	

該当する項目の□にレ点をつけてご回答ください。

①体毛はどのように自己処理されていますか？

□未処理　□シェービング　□毛抜き　□脱毛クリーム　□家庭用脱毛器　□その他（　　）

②過去に脱毛された経験はありますか？

□はい→□医療機関　□脱毛サロン/エステサロン　□どの部位ですか？（　　）

□いいえ

③現在治療中の病気や、過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？

□はい→具体的にお書きください（　　）　□いいえ

④現在何か内服薬・外用薬のご使用はありますか？（治療薬、漢方薬、サプリメント、軟膏等）

□はい→具体的にお書きください（　　）　□いいえ

⑤アレルギーはありますか？

□はい→具体的にお書きください（　　）　□いいえ

⑥肌のトラブルや皮膚疾患はありますか？（アトピー、ケロイド、腫瘍、ヘルペス、肝斑、光線過敏症等）

□はい→具体的にお書きください（　　）　□いいえ

⑦体内に金属が入っていますか？（ペースメーカー、ボルト等）

□はい→具体的にお書きください（　　）　□いいえ

⑧歯科矯正を行っていますか？

□はい　□いいえ

⑨最近２週間以内にヒアルロン酸注入やリフトアップ等の美容施術を受けられましたか？

□はい→具体的にお書きください（　　）　□いいえ

⑩お顔やお体にアートメイクや刺青(タトゥー)をされたことがありますか？

□はい→それはどこの部位ですか？(　　)　□いいえ

⑪女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？

□はい・妊娠中　□いいえ　□妊娠の可能性あり　□授乳中

⑫普段、日焼けをする機会がありますか？

□はい→□趣味　□仕事　□スポーツ・部活動　□通勤・通学　□いいえ

⑬来院されたきっかけを教えてください。

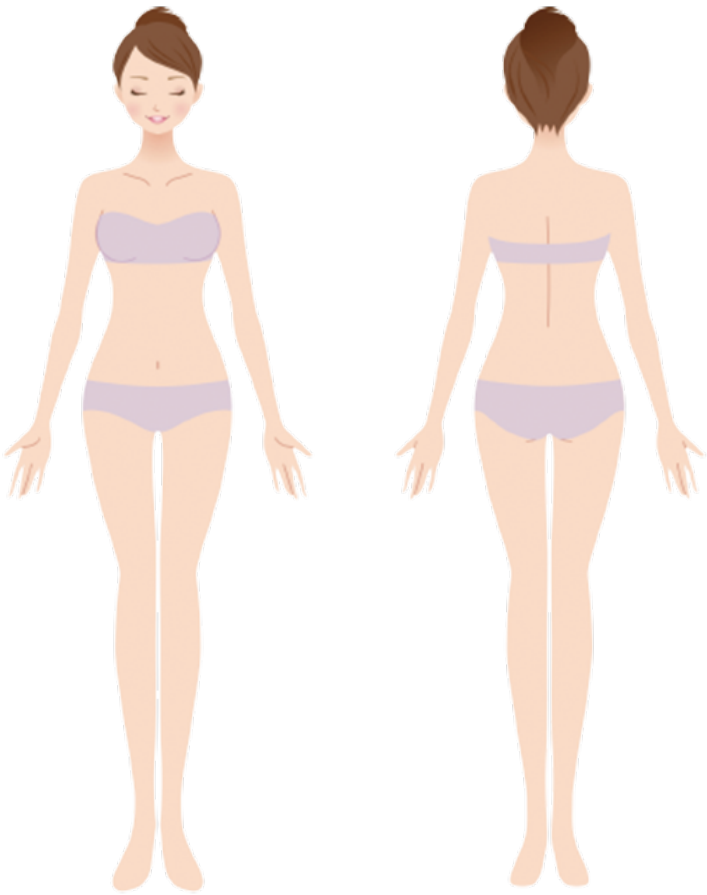
□インターネット　□家族(お名前:　　)　□友人(お名前:　　)

□通りがかり　□ご近所　□その他（　　）

⑭今後、大切なご予定はありますか？(同窓会、成人式、結婚式、披露宴等)

□はい→（　　年　　月　　日　内容：　　）　□いいえ

⑮脱毛のご希望箇所をお選びください(複数回答可)



□顔セット

□額

□頬

□口周り

□顎

□顎下

□上半身セット

□胸部

□腹部

□背中・腰

□うなじ

□腋・上肢セット

□腋

□肩・上腕

□前腕

□手背・指

□下半身セット

□臀部

□大腿

□下腿・膝

□足背・指

□V ライン(サイド)

□へそ下

ご協力ありがとうございます。