

以下についてご記入をお願いします。

ふりがな

氏名 様 連絡先 自宅TEL — —
携帯TEL — —

住所 年齢 性別 男・女

メールアドレス @ (予約空待ちの場合のご連絡等に使用します。)

脱毛希望部位 顔面・ひげ・わき・上腕・前腕・手背部・指・胸
背中・くび・V（女性のみ）・I（女性のみ）・O（女性のみ）
ふともも・すね・ふくろはぎ・足背・足指・全身（男性はV I O除く）

1. 医療用レーザー脱毛は初めてですか。

・初めて ・経験あり 医療機関名（ ）
箇所は（ ）
そのとき異常は、 あった・無かった
方法は レーザー ・ 針脱毛

2. ほかに、エステなどで脱毛をしたことはありますか。

・ない ・ある エステ名（ ）
方法（ ）

3. 普段の自己処理はどのようにしていますか。

・剃っている ・ぬいている ・なにもしていない

4. カミソリまけはしやすいほうですか。

・普通 ・しやすいほうである

5. 皮膚のトラブルは、よくおきますか。

・あまりない・よくある

6. 下記にあてはまる皮膚の病気はありますか。

・アトピー ・じんましん ・日光過敏 ・ヘルペス ・にきび
・その他（ ） ・ない

7. 脱毛希望箇所に、現在お肌のトラブルはありますか。

・ある ・肌荒れ ・色素沈着 ・日焼け ・ない

7. 現在、妊娠の可能性は。

・ある ・ない

8. 現在治療中のお病気はありますか。

・ある 病名（ ）
内服している薬の名前（ ）
外用している薬の名前（ ）

9. 特異体質などありましたら、お教えてください。

10. ご自身ではどの肌のタイプだと思いますか。

Ⅱ型：日焼けをすると赤くなるめったに黒くならない Ⅲ型：日焼けをすると時々赤くなる時々黒くなる

Ⅳ型：日焼けをしてもめったに赤くならない だいたい黒くなる Ⅴ型：日焼けをしても赤くならない 絶対黒くなる

おちあい皮膚科クリニック 医療レーザー

年 月 日 スタッフ（ ）説明 医師問診