

# 女性脱毛 問診票

年 月 日 担当:

お名前	ふりがな	性別	生年月日		
		女・男	大・昭・平	年	月
ご住所		TEL			
		携帯TEL			
連絡可能な時間帯		職業			
メールアドレス		クリニックからのDMを送付してよろしいでしょうか		はい・いいえ	

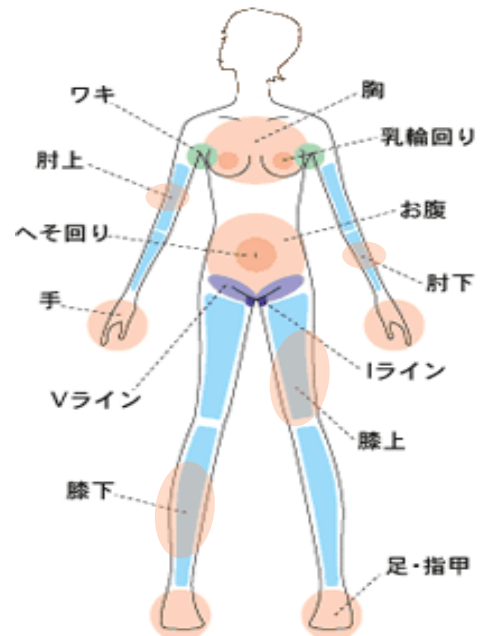
※ 住所・自宅の電話番号等、変更になった場合は必ず受付にお申し出ください。

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?

⑥現在、妊娠中または授乳中ですか?

( いいえ・はい ) ( 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・家族からの紹介 □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( )