

美容問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成・令和)		歳	男・女
お名前		年 月 日			
ご住所	〒 —	電話 番号	自宅		
			携帯		
ご職業		お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を 差し上げてよろしいでしょうか? (はい いいえ)		診察部位のお化粧落とし (未 済)	

1、本日受けたい施術内容はお決まりですか (はい・いいえ)

リフテラ ミックスピーリング ケミカルピーリング デルマトロン ヒーライト ケアシス
レーザー脱毛 ポトックス注射 プラセンタ注射 ピアス ガウディ化粧品

2、施術がお決まりでない方、他のお悩みがある方は、症状を選びご記入ください

本日相談されたいお悩み

()
()
()
興味あり
()
()

しみ くすみ 肝斑 そばかす
しわ たるみ ほうれい線 乾燥肌
肌のざらつき ハリ艶低下 赤ら顔
にきび肌 にきび跡 毛穴の広がり
顔いぼ 首いぼ ほくろ 脇汗
巻き爪 薄毛 ピアス 医療脱毛
医療専売化粧品 サプリ



3、美容治療を受けたことがある方は内容をわかる範囲でご記入ください

()

4、通院できる曜日・頻度をお聞かせください

(平日午前 平日午後 土曜 不定期) (毎週 2週毎 1ヶ月毎 2ヶ月～)

5、ご予算の目安をお聞かせください (～10000円/月 ～20000円/月 20000円/月～)

6、当てはまるものがあれば○をしてください。 (あり・なし)

妊娠中 (月) 授乳中 日光過敏症 ケロイド体質
金属を埋め込む手術歴 (ペースメーカーや人工関節など)

7、近いうちに大切な予定がありますか (同窓会、結婚式、旅行など)

なし・あり (月 日頃)

8、施術枠に空きがある場合、内容により当日に施術を受けることができますが希望されますか

はい・いいえ

9、伝えておきたいこと、ご要望があればご記入ください

()