

炭酸ガスレーザー 問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
氏名			昭和・平成・令和 年 月 日生（ ）歳
住所	〒 —		
電話番号			

該当する項目に☑をつけてご回答ください

1. どのような診察をご希望されますか？

☐ほくろ除去 ☐イボ除去 ☐その他（ ）

2. 部位はどこですか？

☐顔 ☐首 ☐わき ☐胸 ☐腹 ☐背中 ☐腕 ☐脚
☐うなじ ☐おしり ☐その他（ ）

3. これまで、ほくろやイボ除去の治療を受けられたことがありますか？

☐なし
☐あり → （ 年 月頃 ほくろ・イボ ）

4. 1ヶ月以内に脱毛、フェイシャル等の施術を受けられたことがありますか？

☐なし
☐あり
（ 脱毛 : 年 月頃 : 施術部位 ）
（フェイシャル: 年 月頃 : 施術名 ）

5. アレルギーをお持ちの方はご記入ください ☐なし

☐麻酔 ☐アルコール消毒
☐ぜんそく ☐ケロイド体質 ☐光線過敏
☐薬剤（ ） ☐食物（ ） ☐金属（ ）
☐その他（ ）

→ 裏面に続きます

6. 女性の方のみご記入ください

妊娠中ですか ☐ いいえ ☐ はい

授乳中ですか ☐ いいえ ☐ はい

7. 現在治療中の病気、内服しているお薬がありますか？ *お薬手帳があれば受付にて提示をお願いします

☐ いいえ

☐ はい（病名： _____ ）

（薬剤名： _____ ）

8. 今後大切な行事を予定されている方はご記入ください ☐ なし

*例：結婚式〇月〇日、運動会〇月〇日

（ _____ ）

9. 診断や治療に関してご要望があればご記入ください

（ _____ ）

10. お顔の診察を受ける方は、お化粧品や日焼け止めを落とした状態で診察を受けていただきます

*クレンジングなどをご希望の方は受付にお申し出ください

ご協力、誠にありがとうございました