

初診患者様問診票（美容部門）

日付 令和 年 月 日

診察券番号 _____

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 年齢 _____ 歳

ご住所 _____

連絡先電話番号(携帯電話) _____

★今日はどのようなことで来院されましたか。○をつけてください。

1 脱毛 2 美顔エステ 3 肩こりケア

★現在妊娠中ですか。妊娠している可能性はありますか。

いいえ はい

★現在通院中の病院はありますか。どのような病気で治療を受けていますか。

なし あり (_____)

★施術部位にやけどや切り傷等ありますか。

なし あり (_____)

★持病・今までにかかった大きな病気・てんかん・リウマチや手術はありますか。

なし あり (_____)

★今薬を飲んでいらっしゃいますか。お薬手帳があれば一緒にお出してください。

なし あり (_____)

★現在美容施術を他院またはエステでうけていますか。

なし あり
(_____)

★薬剤アレルギー・食物アレルギー・化粧品にかぶれやすい等ありますか。

なし あり (_____)

★当院をどこでお知りになりましたか

ホームページ 院内広告 看板 知人の紹介 その他 (_____)

美容施術を受けられた方へ

- 施術後に、赤みやほてり感、ひりひりした感じが出る場合があります。薬の処方があった方は塗布してください。
- 2～3日は十分な保湿を心がけてください。
- 入浴時や洗顔時などに、タオル等で強く洗うことや拭くことは控えてください。マッサージも患部に気になる症状があるときは控えてください。
- 脱毛後は施術部位の日焼けにご注意ください。
- 施術部位に発赤や痛みが持続する、水疱を形成するなど、明らかな異常がみられましたら、早目に受診ください。