

医療レーザー治療問診票

記入日： 令和 年 月 日

氏名： _____ 生年月日： 昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所： _____ 連絡先： _____

問 1. 希望される施術内容

- レーザー脱毛 (部位： _____)
- レーザーフェイシャル (しみ・そばかす・くすみ)

問 2. 医療用レーザーをこれまで行ったことがありますか？

- 初めて
- 経験あり (内容： _____)

問 3. その他エステなどで脱毛やピーリングなどの施術を受けたことはありますか？

- ない
- 経験あり (内容： _____)

問 4. 皮膚のトラブル・アレルギーはよくありますか？

- ない
- ある (アトピー・かぶれ・じんま疹・カミソリ負け・その他： _____)

問 5. 普段、日焼けをする機会はありますか？

- ない
- ある

問 6. 最近 1 ヶ月以内に日焼けをされましたか？

- いいえ
- はい

問 7. 現在治療中の病気はありますか？

- いいえ
- はい → (病名： _____ 治療薬： _____)

問 8. 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？

- いいえ
- はい

問 9. ご自身はどの肌のタイプだと思いますか？

- I型：すぐ赤くなり、ほとんど黒くならない
- II型：日焼けをすると赤くなりやすく、少しだけ黒くなる
- III型：日焼けをするとほどほどに赤くなり徐々に黒くなる
- IV型：日焼けをしてもあまり赤くならず、すぐ黒くなりやすい
- V型：日焼けをしてもほとんど赤くならず、常に濃く見える

問 10. その他に体調や皮膚のことで気になる点がありましたらご記入ください。