

美肌治療カウンセリングシート 来院日時 年 月 日 ID ()

フリガナ			性別	
氏名			男 ・ 女	
生年月日	西暦	年	月	日
フリガナ				
住所	〒	-		
連絡先①	()	-	連絡先②	() -

※連絡先①は必ずつながる電話番号を記入してください。

■健康状態

体調	良好 ・ 不調 (部位)		
既往歴	なし ・ あり ()		
手術歴	なし ・ あり ()		
刺青・美容整形歴	なし ・ あり ()		
脱毛歴	なし ・ あり (サロン・医療)		
常用薬	なし ・ あり ()		
肌質	普通肌・乾燥肌・脂性肌・ニキビ肌・アトピー肌・その他 ()		
アレルギー	なし ・ あり ()		
皮膚トラブルの経験	なし ・ あり ()		
生理	順調 ・ 不順 ・ 閉経	本日生理中ですか？	はい・いいえ
妊娠	していない・可能性がある・している	授乳中ですか？	はい・いいえ

*妊娠の可能性・妊娠中・授乳中の施術は出来ません。

■美肌治療の希望内容

<input type="checkbox"/> 色素斑治療 (しみ そばかす)
<input type="checkbox"/> レーザートーニング (色調改善)
<input type="checkbox"/> レーザーフラクショナル (色調改善 くすみ そばかす 表在性のしわ 毛穴開大治療)

※内服薬 (トラネキサム酸・シナール 30日分 3,000円) による治療も並行して行います。

■普段のお手入れ (スキンケア) について教えてください

■その他聞いておきたいこと