

問診票

* 本日、施術を受けていただくため、正確にご記入ください。

体調	良好・普通・不調（不調箇所）		
	過去に大きな病気 有・無（）		
	手術経験 有・無（）		
体質	冷え性・便秘・下痢・貧血・肩こり・腰痛・神経過敏・のぼせ めまい・不眠症・高血圧・低血圧・むくみ その他（）		
アレルギー	有・無	花粉症・アトピー・接触・金属・植物・薬疹・その他（）	
使用薬	有・無	頭痛薬・便秘薬・睡眠薬・精神安定剤・ホルモン剤・ステロイド剤・その他（）	

ステロイド剤（副腎皮質ホルモン）のご使用経験がある方は下記にご記入ください。

薬品名			
使用期間	年 月～	年月	現在の服用 あり・なし
月経	順調・不順・無し	月経痛	あり・なし
妊娠の可能性	有・無・妊娠中（ヶ月）・現在授乳中		
疲労感	疲労が激しい・疲れやすい・特になし		
精神面	うつ・不安定（イライラやストレス）・安定		
睡眠	平均睡眠：（時間）	熟睡：出来る・出来ない	
仕事・運動	平均労働：（時間）	運動：しない・する（週回）	
習慣	タバコ（1日本）	アルコール（週日）	
水分摂取	コーヒー・お茶・水（1日リットル）		
肌のかぶれ	有・無	現在 / 過去（原因）	使用薬（）
美容整形	有・無	実施年月：年 月	実施箇所（）
	コラーゲン注入・ヒアルロン酸注射・ボトックス注射脂肪溶解注射・二重手術・その他（）		
アートメイク	有・無	実施年月：年 月	実施箇所（）
肌治療	有・無	トレチノイン・ハイドロキノン・フォトフェイシャル・レーザーピーリング・その他（）	
肌質	普通肌・脂性肌・乾燥肌・敏感肌・混合肌・ニキビ肌・その他（）		
悩み	シミ・そばかす・大ジワ・小ジワ・目尻のシワ・首のシワ・たるみ・くすみ・毛穴・肌荒れ・キメが粗い・化粧くずれ・ニキビ・ニキビ跡・法令線・赤ら顔・その他（）		
コンタクト	している・していない		
その他ご要望			

ご記入内容のお間違いがないかご確認の上、ご署名をお願いいたします。

施術を受けるにあたり、施術の説明を受けて十分理解し、問診内容を正しく申告した上で施術を受けます。

年 月 日

ご署名

写真使用についての同意

・施術効果の確認・経過観察の為、施術部位の施術前・施術中・施術後の写真を撮らせて頂きます

・上記写真を弊社広告や他のお客様への説明に使用させていただきます（施術部位に丸をつけてください）

目元を隠した全顔・頬・鼻・顎・その他施術部位