

フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
氏名			(歳)				
住所	〒		電話番号				

1. 本日まで希望の施術部位とメニューを教えてください。

- 脱毛(部位) アレキサンドライトレーザーによるシミ治療(+顔脱毛)
 タイトニング IPLによるシミ・赤ら顔治療など

2. 今まで美容医療を受けたことがありますか？

- ない
 ある ⇒ いつ頃、どんな治療を受けましたか？

3. 現在飲んでいるお薬はありますか？

※お薬手帳をこの用紙と一緒に窓口にお出しください。

- ない
 ある ⇒ ・お薬の名前をご記入ください。

4. 当院ホームページの美容医療の内容を読みましたか？

- はい いいえ

5. 下記に当てはまる項目がありますか？

- ない
 光過敏症 1か月以内の日焼け 金属インプラント材の使用 皮膚悪性腫瘍
 妊娠中 1か月以内の湿布貼付 刺青、アートメイク 全身状態不良
 肝斑 抗凝固剤・鉄剤 ケロイド、瘢痕体質 糖尿病等の慢性疾患
 フィラー注入 ステロイド製剤 開放創や感染創 ペースメーカー
 ボトックス注入 免疫抑制剤 単純ヘルペスの活動病変 てんかん発作
 金の系埋入 イチョウ等のサプリメント

6. 質問があればご記入ください。

私は、美容医療に関する内容を理解し、施術を受けることに同意致します。

年 月 日

氏名

※未成年の場合は保護者のサインをお願い致します。