

# Vビーム 問診表

令和 年 月 日

|      |                  |        |      |               |  |  |
|------|------------------|--------|------|---------------|--|--|
| フリガナ |                  | 男<br>女 | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 |  |  |
| 氏名   |                  |        |      | ( 歳)          |  |  |
| 保護者名 | ※未成年の方は必ずご記入ください | 続柄     |      | 職業            |  |  |
| 住所   | 〒                |        |      |               |  |  |
| 電話番号 | (自宅)             |        |      | (携帯)          |  |  |

1. 気になる症状・部分に○を付けてください。

赤ら顔     ニキビ     ニキビ跡     シミ  
 しわ・ハリ (リジュビネーション)



2. 他の病院・エステサロン等で過去もしくは現在施術をしたことがありますか？

いいえ ・ はい     脱毛     レーザー治療     ヒアルロン酸注入     ボトックス     金の糸  
 シリコン     金属プレート     アートメイク    その他 (    )

3. 今までに下記の疾患にかかったことはありますか？

高血圧症     心疾患     糖尿病     肝臓病     腎臓病     膠原病     悪性腫瘍     喘息  
 アトピー性皮膚炎     蕁麻疹     光線過敏症 (紫外線・日光)     ヘルペス     ケロイド体質  
 てんかん    その他 (    )

4. 現在お薬を飲んでいますか？ (ピルやサプリメントも含む)

いいえ ・ はい (薬剤名    )

5. お薬や食物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (    )

6. <女性の方へ> 現在妊娠されていますか？    いいえ ・ はい ( 週)

現在授乳中ですか？    いいえ ・ はい

7. 施術の2週間以内 (シミは2ヵ月以内) に長時間日焼けをするご予定はありますか？    いいえ ・ はい

8. 当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ    知人の紹介    家族の紹介    通りがかり    その他 (    )

9. 気になることや質問がありましたらご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。