美容医療問診票及び同意書

ID

メディカルフォレスト 十日町中央クリニック

フリガナ		生年月日	昭・平・令　年　月　日 （　歳）	男・女
氏 名				
住 所	〒		電話番号	

1. 本日ご希望の施術部位とメニューを教えてください。

□脱毛（部位　　）　□レーザーフェイシャル　□タイトニング　□IPL光治療

2. お肌の悩みで当てはまることがあれば教えてください。

□シミ　□そばかす　□くすみ　□毛穴　□ニキビ　□ニキビ跡　□ほくろ　□顔の産毛・ヒゲ

□小じわ　□ほうれい線　□たるみ　□赤ら顔　□小鼻の赤み　□その他（　　）

3. 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？

4. 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。

5. 当院ホームページの美容医療の内容を読み、ご理解いただけましたか？

□はい　□いいえ

6. 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

□金の糸埋入　□イチョウ等のサプリメント

7. 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。