

美容相談受診票（告知書）

ID		年 月 日記入
フリガナ		生年月日
お名前		昭・平・令 年 月 日（満 歳）
ご住所	〒	自宅電話 携帯電話
今回治療したい箇所・気になる状態 〔 〕		
過去の病気・ケガ・治療の有無 無・有 〔 〕		
アレルギー 無・有 〔 〕		
現在服用中のお薬 無・有 〔 〕		
既 履 歴	妊娠している	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	授乳中である	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	糖尿病である	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	皮膚がんである	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	最近日焼けをした、または日焼けをする予定がある	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	最近レーザー治療をした	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	凝固障害がある	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ケロイド体質である、または傷跡が残りやすい	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	タトゥー、またはアートメイクをしている	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ペースメーカー、または心臓除細動器を留置している	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	体内に金属が入っている（部位：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	梗塞（脳・肺・心筋）の既往がある	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	白斑の既往がある	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	フェザーリフト、金の糸、ゴールドセラピーを使用	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
レチノール・ハイドロキノンのアレルギーがある	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

上記に間違いありません。

名前

（自署）