**脱毛カウンセリング**　　　　　　　　　　　来院日時　　　年　　月　　日　　カルテNo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | **性別** |
| **氏名** |  | | | **男　　・　　女** |
| **生年月日** | **年　　　　　　月　　　　　　日** | | **歳** | |
| **フリガナ** |  | | | |
| **住所** | **〒　　　　―** |  | | |
| **連絡先** | **自宅　　・　　携帯電話　（　　　　　　　）　　　　　　　―** | | | |

**■健康状態**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体調 | 好調　・　不調（　部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 既往歴 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 手術歴 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 刺青・美容整形歴 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 常用薬 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 肌質 | 普通肌　・　乾燥肌　・　脂性肌　・　ニキビ肌　・　アトピー肌　・　その他 | | |
| アレルギー | なし　・　あり（動物　花粉　薬剤　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| かぶれの経験 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 紫外線 | 赤くなりすぐひく　・　吸収し黒くなる　・　その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生理 | 順調　・　不順　・　閉経 | 本日生理中ですか？ | はい　・　いいえ |
| 妊娠 | していない・可能性がある・している | 授乳中ですか？ | はい　・　いいえ |

**■脱毛の希望箇所**

□わき　□肘上　□肘下　□手の甲・指　□膝下　□膝上　□足の甲・指　□首・うなじ　□背中

□胸　□お腹　□お尻　□顔　□ビキニライン（VIO）　□全身　□その他（　　　　　　　　　　　　）

■**普段のお手入れ（保湿や紫外線などのケア・頻度）について教えてください**

|  |
| --- |
|  |

**■その他、聞いておきたいこと**

|  |
| --- |
|  |

**個人情報取り扱いについて**

■真愛病院はお客様の美容と健康に関する商品情報やキャンペーン情報のご案内、商品の開発のためのアンケートのお願い、およびカウンセリングなどのサービスをご提供するために個人情報を利用させていただきます。個人情報をお客様ご本人の同意なく、他の目的に利用することはありません。

■お客様の個人情報の開示、変更および削除に関するお問い合わせは、当院までお申し出ください。ご本人であることを確認のうえ、速やかに対応させていただきます。

黒い背景に白い文字がある

低い精度で自動的に生成された説明