

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。