

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	本日常理中ですか？	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

■美肌治療の希望内容

- レーザーフェイシャル (しみ・くすみの改善 皮膚にハリを与える 毛穴の引き締め ニキビ改善)
- レーザーシャワー (リフトアップ 肌質改善 赤ら顔 小じわ ほうれい線)
- 色素斑治療 (しみ そばかす 脂漏性角化症)

■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。

