

IPL のための問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

生年月日

名前

男・女

大・昭・平・令

年 月 日

住所 〒

電話番号

お肌のお悩みにチェック、症状の気になる部分に○を付けてください

- しみ 赤ら顔 そばかす 小じわ くすみ 毛穴の開き
 その他()



2. その症状に対しこれまでに治療を受けたことはありますか？

- はい いつ頃() 医療機関で エステティックサロンで
どのような治療()
 いいえ

3. 金属アレルギー、光過敏症はありますか？

- (金属) はい いいえ (光過敏症) はい いいえ

4. 1ヶ月以内に30分以上の強い(海・山・ゴルフ・屋外作業など)日焼けをした、
もしくは1ヶ月以内に強い日焼けをする予定がありますか？

- はい いつ頃() いいえ

5. 現在治療中の病気はありますか？

- はい 病名() いいえ

6. 現在使用しているお薬はありますか？(塗薬も含みます)

- はい お薬の名前() いいえ

7. 下記のようなことがありますか？

- 照射部位に傷や化膿している部分がある ケロイド体質
 肝斑を指摘されたことがある 人工的に皮膚を着色している(入れ墨、アートメイクなど)
 照射部位に美容外科、美容皮膚科の施術をしたことがある ウイルス性肝炎、AIDS、その他感染症

8. (※女性の方のみ)妊娠中、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

9. (※女性の方のみ)現在授乳中ですか？ はい いいえ

伝えておきたいこと、ご不明な点があればご記入ください。