

9.体内金属埋め込みの有無についてお尋ねします。

その他体内に金属の埋め込みはありますか？ ある(埋め込み部位: _____) ない

10.今までにアレルギー体質だと言われたことがありますか？

・ある ・ない

ある方へ → 病名 (_____)

11.お薬を飲んで皮膚に湿疹が出たことがありますか？ ・ある ・ない

12.注射によるショックはありますか？ ・ある ・ない

13.かぶれやすい(ばんそう膏や消毒液など)ですか？ ・はい ・いいえ

14.傷の後が赤く、ケロイド状になりますか？ ・はい ・いいえ

15.タバコを吸いますか？

・吸わない ・吸う(1日 _____ 本)

16.お酒を飲みますか

・飲まない ・飲む(1日 _____ 杯)

17.当院をどのようにして、お知りになりましたか？

他院紹介 ・ 知人紹介 ・ 電話帳 ・ 看板 ・ ホームページ ・ その他 (_____)

18.一年以内に海外渡航歴がありますか？

・なし ・あり(国: _____ /渡航日: _____ 帰国日: _____)

ありがとうございました

問診票

来院日 年 月 日

フリガナ

- ・お名前 ()
- ・生年月日 西暦 年 月 日 満()歳
- ・ご住所 〒 - ()
- ・ご職業 ()
- ・携帯番号 ()

当院を知ったきっかけは何ですか？

- ・当院公式ホームページ ・インスタグラム ・広告 (ポスター)
- ・ご紹介 () 様) ・当院スタッフ

本日もご希望の施術部位

- ・眉 ・アイライン (上・下) ・リップ

過去にアートメイクをいれた事がありますか？ はい いいえ

- ・何処で：クリニック サロン 個人宅
- ・いつ () 施術部位 () 回数 ()

現在、治療中の疾患はありますか？ はい いいえ

- ・治療内容 () 治療薬 ()

まぶた(上または下)手術はしていますか？ (いつ?) はい いいえ

上まぶたのたるみ・眉間・額のシワの悩みはありますか？ はい いいえ

上まぶたの手術を今後考えていますか？ 予定はありますか？ はい いいえ

ボトックス注射を(額・眉間など)にしていますか？ 予定はありますか？ はい いいえ

口唇ヘルペスになったことはありますか？ はい いいえ

薬剤 (麻酔・内服) で気分が悪くなった事がありますか？ はい いいえ

アレルギー体質ですか？ 種類 () はい いいえ

高血圧・血液をサラサラにする薬を服用中ですか？ はい いいえ

現在妊娠中・及び妊娠の可能性、又は授乳中ですか？ はい いいえ

施術部位の乾燥・肌荒れはありますか？ はい いいえ

本日も医師に相談したいお悩みはありますか？ はい いいえ

施術内容についてご希望があれば詳しくご記載下さい。

確認医師()

確認看護師 ()