

年 月 日

◆◆◆ 問診票 ◆◆◆

※下記質問の当てはまる事柄に ☒ を記入してください

担当：

・ 本日のお手入れコースは	<input type="checkbox"/> 脱毛	<input type="checkbox"/> フェイシャル
・ 本日の体調はどうですか	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 疲れ気味 <input type="checkbox"/> 不調 <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 本日の肌状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 乾燥ぎみ <input type="checkbox"/> トラブル有り <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 本日、アレルギーは出ていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 出ている（症状： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 本日、生理ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	（生理中 日目）
・ 本日、薬の服用・湿布の使用はされていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	服用中（薬名： ）
・ 前後1週間に注射の予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ 1ヶ月以内に日焼けをしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ お手入れ後、1ヶ月以内に日焼けの予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ 本日、お肌にクリーム又は日焼け止めが塗布されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ 普段からUVケアをされていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 普段から保湿ケアをされていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※上記の内容に相違なければ署名をお願い致します。

署 名

年 月 日

◆◆◆ 問診票 ◆◆◆

※下記質問の当てはまる事柄に ☒ を記入してください

担当：

・ 本日のお手入れコースは	<input type="checkbox"/> 脱毛	<input type="checkbox"/> フェイシャル
・ 本日の体調はどうですか	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 疲れ気味 <input type="checkbox"/> 不調 <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 本日の肌状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 乾燥ぎみ <input type="checkbox"/> トラブル有り <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 本日、アレルギーは出ていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 出ている（症状： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 本日、生理ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	（生理中 日目）
・ 本日、薬の服用・湿布の使用はされていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	服用中（薬名： ）
・ 前後1週間に注射の予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ 1ヶ月以内に日焼けをしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ お手入れ後、1ヶ月以内に日焼けの予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ 本日、お肌にクリーム又は日焼け止めが塗布されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・ 普段からUVケアをされていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 普段から保湿ケアをされていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※上記の内容に相違なければ署名をお願い致します。

署 名