

年 月 日

◆◆◆ 問診票 ◆◆◆ (男性用)

※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	☐ 脱毛	☐ フェイシャル
・ 本日の体調はどうですか	☐ 良好	☐ 疲れ気味 ☐ 不調 ☐ その他 ()
・ 本日の肌状態はどうですか	☐ 良好	☐ 乾燥ぎみ ☐ トラブル有り ☐ その他 ()
・ 本日、アレルギーは出ていますか	☐ いいえ ☐ はい	☐ 出ている (症状：) ☐ その他 ()
・ 本日、薬の服用・湿布の使用はされていますか	☐ いいえ ☐ はい	服用中 (薬名：)
・ 前後1週間に注射の予定はありますか	☐ いいえ ☐ はい	
・ 1ヶ月以内に日焼けをしましたか	☐ いいえ ☐ 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	☐ いいえ ☐ 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	☐ いいえ ☐ はい	
・ 普段からUVケアをされていますか	☐ はい ☐ いいえ	
・ 普段から保湿ケアをされていますか	☐ はい ☐ 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 ◆◆◆ (男性用)

※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	☐ 脱毛	☐ フェイシャル
・ 本日の体調はどうですか	☐ 良好	☐ 疲れ気味 ☐ 不調 ☐ その他 ()
・ 本日の肌状態はどうですか	☐ 良好	☐ 乾燥ぎみ ☐ トラブル有り ☐ その他 ()
・ 本日、アレルギーは出ていますか	☐ いいえ ☐ はい	☐ 出ている (症状：) ☐ その他 ()
・ 本日、薬の服用・湿布の使用はされていますか	☐ いいえ ☐ はい	服用中 (薬名：)
・ 前後1週間に注射の予定はありますか	☐ いいえ ☐ はい	
・ 1ヶ月以内に日焼けをしましたか	☐ いいえ ☐ 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	☐ いいえ ☐ 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	☐ いいえ ☐ はい	
・ 普段からUVケアをされていますか	☐ はい ☐ いいえ	
・ 普段から保湿ケアをされていますか	☐ はい ☐ 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	
-----	--