

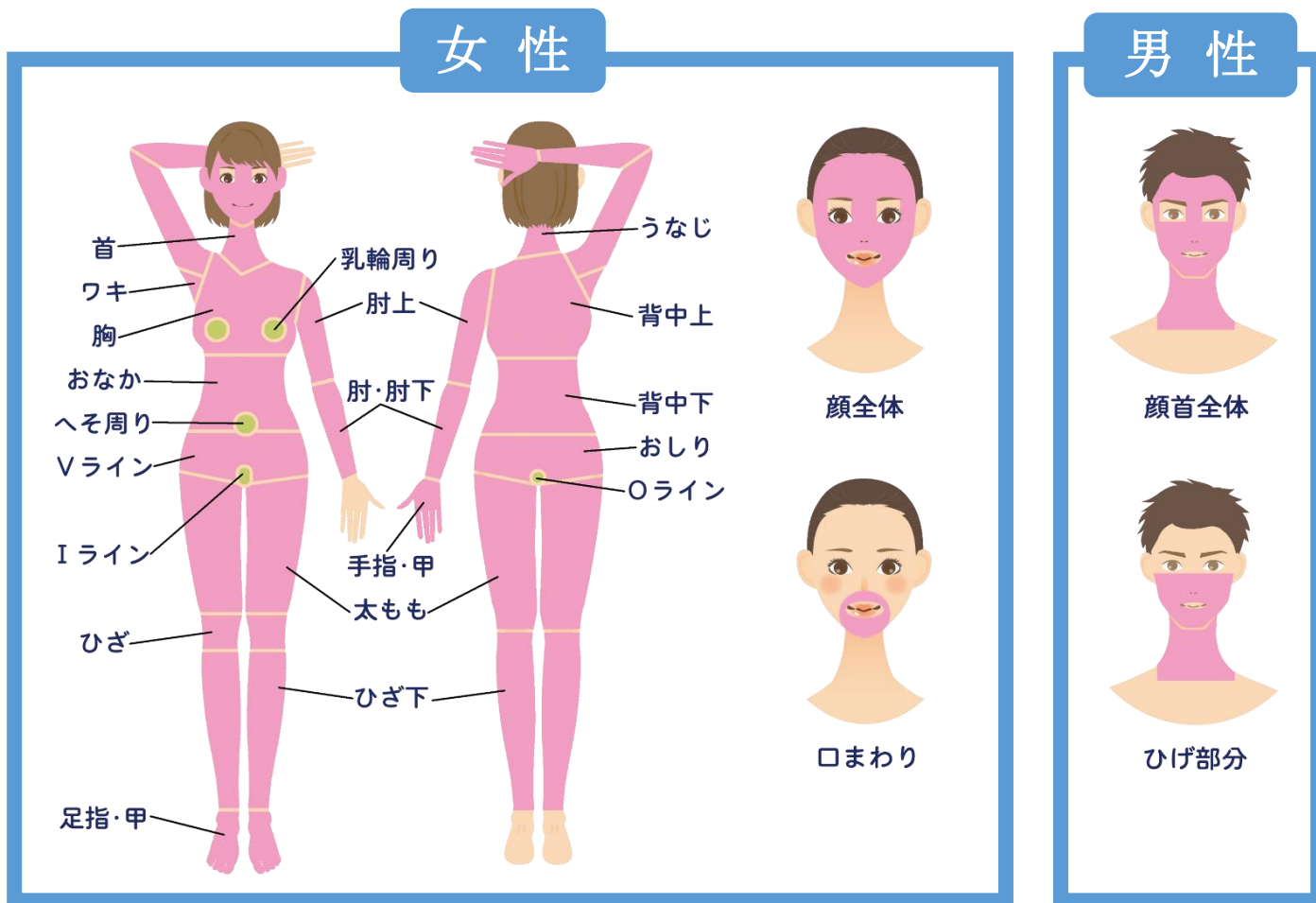
脱毛問診票

記入日

カルテNo

ふりがな		性別	生年月日		
お名前		男・女	昭・平	年	月 日 (才)

①脱毛希望箇所に丸をつけて下さい (複数回答可)



②自己処理をしている部分、ペース・方法について丸をつけて下さい

顔	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
わき	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
Vライン	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
ひじ下	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
二の腕	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
ひざ下	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
ふともも	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
背 中	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く
その他 ()	毎日・週 () 回・その他 ()	剃る ・ 抜く

③どのようにして当院をお知りになりましたか

知り合い・家族からの紹介 駅看板・駅周辺案内 当院HP その他 ()