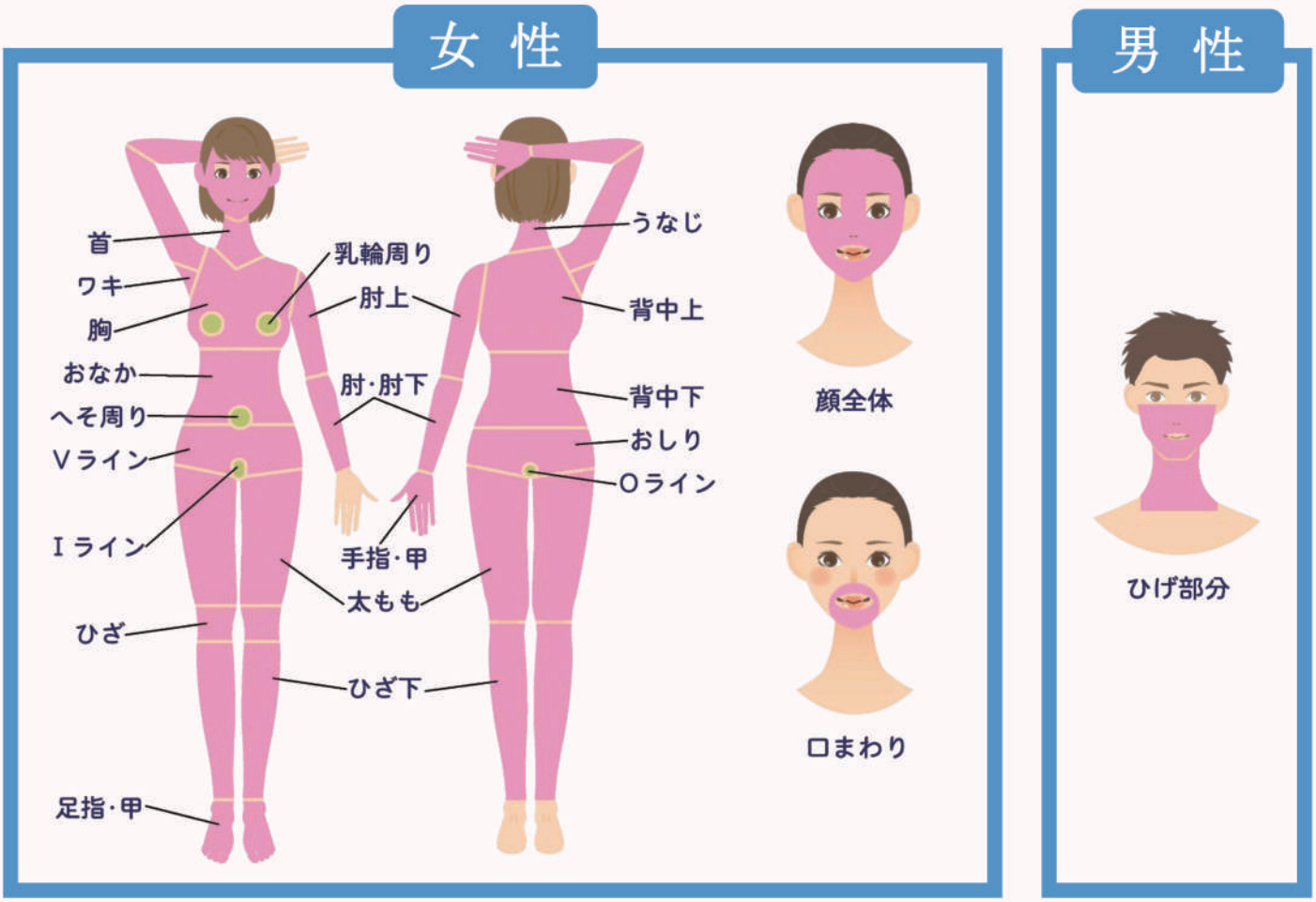
脱毛問診票

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（　　）

お花茶屋くじら皮膚科