

はるいろ治療院 美容鍼問診票

■今までに他院で美容鍼を受けたことはございますか？

ない ある→あると答えた方へ：内出血は起こしましたか？ ない ある(箇所：_____)

■今までに顔面神経麻痺と診断されたことはございますか？ ない ある(診断時期：_____)

■肌質：普通 脂性肌 乾燥肌 敏感肌 混合肌

■お肌(顔)の気になる箇所(複数回答可、特に気になる症状は○をつけてください)

お顔のたるみ お顔のハリ感 ほうれい線 小じわやしわ(箇所：_____)

目の下のたるみ 目の下のクマ しみ くすみ ニキビや吹き出物

その他_____

■日頃のお肌(顔)のお手入れ方法(複数回答可)

メイク落とし 化粧水 美容液 クリーム パック マッサージ エステ

その他_____

■今まで化粧品で肌荒れを起こしたことはございますか？

ない ある(商品名：_____ 症状：_____)

■日焼け止めを使用していますか？

毎日使用している 時々使用している 紫外線を浴びるときだけ 使用しない

■過去に美容クリニック等で美容医療を受けられたことはございますか？

ない ある(いつ頃_____)

治療内容：ボトックス ヒアルロン酸 光治療 レーザー治療 ケミカルピーリング

美容整形術(内容：_____)

その他_____

■近々、結婚式や写真撮影など、大切なイベントはございますか？

ない ある

(詳細：_____)

■ほかに知っておいて欲しいことがございましたら、ご記入ください