

# 美容問診票

日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本日はアオハルクリニックにご来院頂きましてありがとうございます。  
肌のお悩みを把握しより良い治療を提供させて頂くため、下記の間診票へのご記入をお願い致します。

◆ 気になるお悩み全てにチェックしてください。

- |                                |                                       |                               |                              |                                |                              |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> シミ    | <input type="checkbox"/> シワ           | <input type="checkbox"/> たるみ  | <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> イボ    | <input type="checkbox"/> ニキビ |
| <input type="checkbox"/> クマ    | <input type="checkbox"/> くすみ          | <input type="checkbox"/> ムダ毛  | <input type="checkbox"/> 赤ら顔 | <input type="checkbox"/> 乾燥肌   | <input type="checkbox"/> 肌荒れ |
| <input type="checkbox"/> 毛穴    | <input type="checkbox"/> 二重あご         | <input type="checkbox"/> エラ張り | <input type="checkbox"/> 多汗症 | <input type="checkbox"/> ダイエット | <input type="checkbox"/> 冷え性 |
| <input type="checkbox"/> セルライト | <input type="checkbox"/> その他( _____ ) |                               |                              |                                |                              |

◆ ご興味のある施術全てにチェックしてください。(施術名がわからない場合は、空欄で構いません)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ボトックス注射(しわ)          | <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル(しみ、くすみなど)   |
| <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注入             | <input type="checkbox"/> レーザーフェイシャル(毛穴、うぶ毛、しみ) |
| <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング(毛穴など)      | <input type="checkbox"/> 脱毛                    |
| <input type="checkbox"/> クリア&プリリアント(毛穴・くすみなど) | <input type="checkbox"/> タイタン(たるみ)             |
| <input type="checkbox"/> 炭酸ガスメソセラピー(しわ、クマ)    | <input type="checkbox"/> イントラジェン(たるみ)          |
| <input type="checkbox"/> 炭酸ガスレーザー(いぼ・ほくろ)     | <input type="checkbox"/> ウルトラセル(たるみ)           |
| <input type="checkbox"/> シミ用レーザー              | <input type="checkbox"/> 点滴・注射                 |
| <input type="checkbox"/> 肌覚醒メソセラピー(ツヤ、ハリ、しわ)  | <input type="checkbox"/> 高濃度PRP注入セラピー(しわ、ハリ)   |
| <input type="checkbox"/> 輪郭注射(小顔・二重あご)        | <input type="checkbox"/> イントラセル(毛穴・ニキビ跡)       |
| <input type="checkbox"/> N-COGリフト(たるみ)        | <input type="checkbox"/> イオン導入                 |
| <input type="checkbox"/> 超音波導入                | <input type="checkbox"/> クール・スカルプティング          |
| <input type="checkbox"/> ダイエットプログラム           | <input type="checkbox"/> /ゼルティック(ダイエット)        |
| <input type="checkbox"/> インディバ(エステ)           | <input type="checkbox"/> エンダモロジー(エステ)          |
| <input type="checkbox"/> その他具体的に( _____ )     |  |

◆ 今まで受けたことのある治療をご記入ください。(記入例:3年前に眉間のボトックス1回)

・受けられた美容クリニック名:

・クリニックを変更された理由:

◆ その他、特にお伝えしたいことがありましたらご記入ください。

(記入例: 1ヶ月前から背中のにきび 5年前から手の甲のシミ など )