

# 美容医療 問診

令和 年 月 日

受診者氏名 (かかると)	ふりがな ----- 男・女	ご職業	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	歳	
現住所	(〒 - )		
電話番号	携帯 ( ) -	自宅 ( ) -	
緊急連絡先 (実家等)	氏名	続柄	住所
			電話

※1 マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※2 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ はい・いいえ

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

病名： \_\_\_\_\_ 病院： \_\_\_\_\_ お薬： \_\_\_\_\_

※3 今までに入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

年齢	病院	病名	治療内容

※4 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい・いいえ

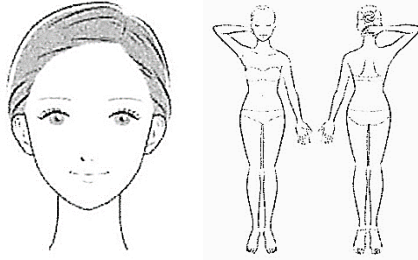
病院	指摘事項等

※5 アレルギーがでたことはありますか？ はい・いいえ

お薬： \_\_\_\_\_ 食べ物： \_\_\_\_\_ 金属： \_\_\_\_\_

→裏面へ続く

続き

<p>1.今回ご希望の施術は何ですか？ 当てはまる施術とお悩み箇所 (右の絵)に○をつけて下さい。</p>	<p>脱毛 しみ治療 タイトニング ピーリング ピアス 日焼け止めサプリメント ほくろ・いぼ除去 その他〔 〕</p> 
<p>2.脱毛をご希望の方は、今までどのような処理をされておりましたか？ ○をつけてください。</p>	<p>剃る ・ 毛抜き(最後にした時期 日前) 脱毛クリーム ・ ワックス脱毛 ・ 家庭用脱毛器 サロンで永久脱毛(期間: ) ・ その他〔 〕</p>
<p>3.今まで何か美容医療を受けたことがありますか？ あれば○をつけて下さい。</p>	<p>脱毛 ・ しみ取りレーザー ・ タイトニング ピーリング ・ 糸リフト ・ ボトックス ハイフ ・ ヒアルロン酸 ・ ピアス その他〔 〕</p>
<p>4.過去の治療で副作用が生じたことはありますか？</p>	<p>あり ・ なし ※「あり」の方は以下に症状もご記入下さい。</p> <hr/>
<p>5.今回希望の施術以外に興味があるものはありますか？</p>	<p>あり ・ なし ※「あり」の方は以下からお選び下さい。</p> <hr/> <p>脱毛 しみ治療 タイトニング ピーリング ピアス 日焼け止めサプリメント ほくろ・いぼの除去 その他〔 〕</p>
<p>6.既往歴はありますか？ あれば○をつけて下さい。</p>	<p>ケロイド体質 ・ がん ・ 心臓病 ・ 糖尿病 脳梗塞 ・ エイズ感染(HIV・キャリア) アトピー性皮膚炎 ・ その他〔 〕</p>
<p>7.(女性のみ) 現在妊娠・授乳中ですか？</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>8.その他、気になることがありましたら右にご記入ください。</p>	
<p>9.当病院の美容医療をお知りになったきっかけは何ですか？ 近所に在住 ・ ホームページ ・ 院内広告 ・ 知人の紹介 ・ 家族の紹介 その他〔 〕</p>	

社会医療法人 いち樹会 尾中病院

## MedioStar タイトニング治療説明書・同意書

### 【治療の説明】

MedioStar はダイオードを光源とした 810nm&940nm の波長を使用する治療です。ハンドピースから照射される波長が熱と変わり表皮層・真皮浅層部にエネルギーを与えコラーゲンを造成させます。顔面皮膚に照射してリフトアップ等のタイトニング効果をもたらせます。

適応例 … 頬部/口周り/こめかみ周辺へのハリ・引締め効果

### 【禁忌及び要注意項目についての確認事項】

無い場合にはをしてください

- ペースメーカー、埋め込み式徐細動器、金属糸（金属プレート）などを体内に埋め込んでいる方
- 糖尿病、心臓疾患、悪性腫瘍、発熱、感染、皮膚疾患、ケロイド体質の方
- 白内障、緑内障の方
- 妊娠している方、またはその可能性のある方
- 服用中の薬がある方（薬剤名： \_\_\_\_\_ )

### 【施術前の説明とご理解頂きたいこと】

- 1) 1度の治療で効果が確認できる治療ですが、個人差があり、人によっては全く外見上の変化が見られない場合もあります。通常、初回施術後2週間隔に5回受けていただく事を推奨しています
- 2) 骨に接近した部位では熱間を強く感じる場合があります。
- 3) 髪の毛、眉などの近くの部位も熱感を感じる場合があります。
- 4) 施術後より、発赤、腫脹、熱感を感じる場合がありますが通常数時間～1日以内で消失します。
- 5) 熱感覚については絶対に無理をせずに担当医師までお伝えください。
- 6) 治療の特性上、治療部位に軽度の発赤が出現する可能性がありますですがすぐに消失します。発赤発症の場合は当院の担当医師の指導に従ってください。
- 7) レチノイン酸は1週間前から、ハイドロキノンは1週間前から塗布を中止してください。反応が強くなり赤みが強くなる場合があります。術後は1週間使用を控えてください。
- 8) 治療効果は永久的なものではありません。

### 【術後の注意点】

- 1) 治療部位の腫れ、赤み、熱感は個人差がありますが施術当日～1日程度で消失します。
- 2) 当日は激しい運動、サウナ、入浴は避け、シャワー程度に控え、飲酒も控えてください。
- 3) 日焼けは避けるようにしてください。（程度によっては施術もお断りすることもあります。）
- 4) 施術の効果、持続性には個人差があります。
- 5) 医師から内服薬、外用薬処方があった場合にはその指示に従ってください。

以上、書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問をして、説明を受けた上で納得して施術を受ける手続きをしたことを認めます。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_