

美容医療 問診

令和 年 月 日

受診者氏名 (かかると)	ふりがな		ご職業		
	男・女				
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。

- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1
・・・6点(マイナ保険証を利用しない場合)
- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2
・・・2点(マイナ保険証を利用する場合)

※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

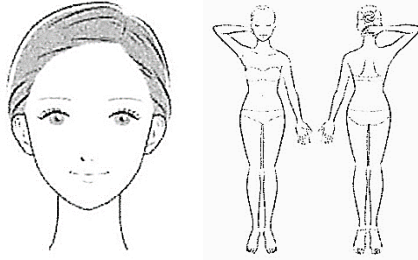
病院	指摘事項等

※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 ピラス 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 ・ ピラス 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 ピラス 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

レーザー脱毛承諾書

当院で使用するレーザー脱毛機は、Asclepion社製のダイオードレーザー **MedioStar** です。

【脱毛前の注意点】

1. 脱毛部の毛はシェーバー等で剃毛して頂くことが基本となりますが、毛抜き等で抜く事は控えてください。
2. 日焼けした肌にはレーザーの反応が強くなる場合があります。脱毛部位の日焼けは控えてください。
3. 脱毛3～4週間前頃から、脱毛部位へのケミカルピーリング等の肌に刺激を与える行為は控えてください。
(施術当日お肌の状態によっては照射をお断りする場合があります。)

【脱毛後の注意点】

1. 赤みが増す場合がありますので、脱毛当日はシャワーとし入浴は控えてください。こすりすぎにもご注意ください。
2. 脱毛後の皮膚は軽い炎症が起きていますので、脱毛部の日焼けはしばらく控えてください。
3. ケミカルピーリング等、脱毛部の肌に刺激を与える行為は3～4週間以上が経過してからにしてください。
4. レーザーに反応した毛は毛抜き等で無理に取らず、自然に抜け落ちるまでお控えください。
(気になる場合には、シェーバー等で処理してください。)
5. レーザー照射部の毛が数日で伸びてくる場合もあります。部位・太さ・毛周期等により1本ずつ毛の反応が異なります。
施術回数を重ねる事で減毛してゆきます。

【副作用】

1. レーザー照射後には一時的に赤みやかゆみが生じる場合があります。1～2日で消失することがほとんどです。
赤みが長時間続くことで色素沈着(皮膚の色が黒くなる)が残る可能性があります。2～3日しても赤みが消えない場合には必ず受診をおねがいします。また、照射後には毛のう炎(吹き出物)ができる場合がありますが、1週間程度でおさまります。もし炎症が強い場合等は受診をおすすめしています。
2. 極めてまれではありますが色素脱失(皮膚の色が抜ける)や毛の白髪化などの症状がでる可能性があります。
この場合は有効な治療法がなく、自然に回復することを待ちます。
3. レーザー光を直視すると失明の可能性があります。照射時は患者様にもゴーグルをしていただきます。
施術中は絶対に目を開けないでください。

【テスト照射】

副作用を最大限回避する為に、ご希望であればテスト照射を用意しています。
肌の反応には個人差があります。特に肌が弱い方、ケロイド体質の方、アトピー性皮膚炎の方、
光線過敏症の方にはテスト照射をおすすめしています。

【脱毛回数・間隔】

毛周期(毛が生える周期)に合わせて施術を行います。

約1ヶ月半～2ヶ月に1回のペースで施術を行います。ひげ脱毛に関しては1か月に1回のペースとなります。

平均的に5～6回で満足のいく結果を得られますが、効果には個人差があります。

- ※ 日焼けされている方や皮膚の弱い方には慎重に照射をします。時間や回数が多くかかることがあります。
- ※ ひげ脱毛の場合は毛周期が格段に早く、毛根が深く密度が高い理由から効果がでるまでに時間がかかります。
- ※ 細くて色の薄い毛や、うぶ毛等に対しては効果がほとんど認められない場合があります。
- ※ 男性のひげ脱毛の場合は痛みが強い為、麻酔クリームの使用もできます。
麻酔代は別途1,000円～2,000円程が追加が必要となります。

令和 年 月 日

氏名 _____

【未成年の方の場合】

親権者(保護者)氏名 _____ (印) (続柄 _____) 連絡先 TEL _____

住所 〒 _____