

ねもと皮フ科 美容問診票

ふりがな	生年月日 昭・平・令 年 月 日
お名前	() 才
住所 (※初めての方と変更ある方のみご記入下さい) 〒 ー	性別 男 ・ 女
電話番号 自宅： () 携帯： ()	勤務先

受診日 令和 年 月 日

自費診療によるご相談、施術を受けられる場合、
初診料 3,300 円 (初回)・再診料 2,200 円 (2 回目以降)
が別途かかります。

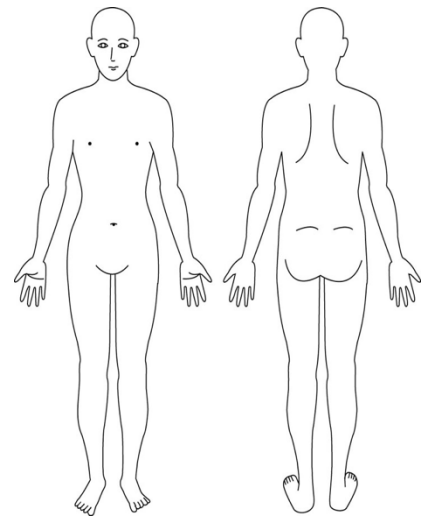
1. どのような症状に対して診察をご希望ですか？

- しみ そばかす しわ ニキビ
ニキビ痕 くすみ 毛穴 赤ら顔
たるみ ホクロ 多汗症 巻き爪
薄毛・脱毛症 ピアス
その他 ()



2. ご希望の施術はどちらになりますか？

- ピーリング (乳酸・グリコール酸・ミラノ) (顔・背中・腕)
イオン導入 ジェネシス ライムライト
インディバ (顔・体) スクライバー ウォーターピーリング
エレクトロポレーション 脱毛 (蓄熱式・YAG・IPL)
ウルトラフォーマーⅢ HIFU シャワー (顔・顔+首・目周り)
エムスカルプト (腕・腹部・臀部)
エクシリス (顔・首・体・フェムゾーン) エクシライト (顔・体)
注射 (ボトックス・ヒアルロン酸・にんにく・プラセンタ・水光・臍帯血)
点滴 (高濃度ビタミンC・白玉・高濃度アルファリポ酸)
ピアス・ピアストラブル 巻き爪矯正 爪ジェネシス
AGA・FAGA 治療
自費処方薬 (シナール・トランサミン・ユベラ・プラセンタ・ビタミンA)
相談



3. 症状に対して、これまで治療を受けたことはありますか？

- はい いつ頃 () 医療機関で エステティックサロンで
 どのような治療 ()
いいえ

4. 麻酔アレルギーはありますか？

- はい いいえ

