

牟田鍼灸院 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：内出血はありましたか？ ない ある

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

■現在、血液をサラサラにする薬を服用されていますか？（ワーファリン、アスピリンなど）

ない ある → あると答えた方へ：薬剤名をご記入ください（_____）

■今までアルコールなどで肌荒れを起こしたことはございますか？ ない ある

■肌質： 普通 脂性肌 乾燥肌 敏感肌 混合肌

■お肌（顔）の気になる悩みにチェックを入れてください（複数回答可）

①お顔のたるみ ②お顔のハリ感 ③あごのたるみ ④ほうれい線 ⑤眉間のしわ ⑥おでこの横じわ

⑦目じりのしわ ⑧目の下のたるみ ⑨目の下のクマ ⑩しみ ⑪くすみ ⑫毛穴の開き

⑬ニキビや吹き出物 ⑭ニキビ跡 ⑮その他 _____

■上記でチェックをいれたお悩みのうち、特に気になる症状の番号を記入ください。

（○囲み番号で回答してください）

1 番：_____ 2 番：_____ 3 番：_____

■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