

戸塚共立あさひクリニック

レーザー問診票

安全のために下記事項を、毎回施行前に確認させていただいております。お手数をおかけしますがご協力をお願い致します。

■病歴・既往歴について下記にあてはまるものはございませんか（あてはまるものに○をしてください）

- 1、 癌（治療中治療後3ヶ月以内）、心疾患、自己免疫疾患、膠原病、てんかんのある方
- 2、 ヘルペス、血液などの感染症
- 3、 体内の金属
- 4、 光過敏症、アトピー、ケロイド体質
- 5、 美容手術歴（プロテーゼ、金の糸、アクアミドなど）

■本日の照射部位で下記にあてはまるものはございませんか？（あてはまるものに○をしてください）

- 1、2週間以内の美容処置（ボトックス・ヒアルロン酸・BNLS・ピーリングなど）
- 2、1ヶ月以内に本日の照射部位へのレーザー治療、その他の治療
- 3、現在使用している内服薬・外用薬
内服薬→ステロイド、ピル、その他
外用薬→ステロイド、プロトピック軟膏、レチノイン酸、ハイドロキノン、ディフェリンゲル、
抗菌薬、その他
- 4、1ヶ月以内の日焼け、また照射後に日焼けをする予定（日焼けサロン含む）
- 5、照射部位の制汗剤、ボディークリーム、日焼け止め、化粧水、乳液の使用
- 6、本日、照射部位の範囲に肌トラブル（乾燥、傷、あざ、湿疹等）
- 7、刺青、タトゥー、アートメイクのある方

■ 女性の方にお伺いいたします。(あてはまるものに○をしてください)

- 1、現在、**妊娠の可能性**がある
- 2、**授乳中・産後3ヶ月以内**（流産・中絶も含む）
- 3、**3ヶ月以内に婦人科受診歴**がある

年 月 日

氏名
