

免疫美容 肌履歴シート

お名前		住所	
生年月日	年 月 日	TEL / FAX	
年齢	歳	携帯電話	
家族構成	配偶者 無/有	E-mail	
	子供 ()人		

★次の質問にお答え下さい★

1. お肌の悩みは？（複数回答可）

シミ しわ たるみ ニキビ 吹き出物 くすみ 乾燥
 敏感 その他()

2. 現在お使いの化粧品は？

メーカー名() 決まっていない いろいろ

クレンジング 洗顔
 化粧水 乳液 クリーム 美容液 オイル UV
 その他()

3. 今までしてきたお手入れは？

マッサージ パック ピーリング・ゴマージュ イオン導入 フォトフェイシャル
 スク라이バー 美白 リンパマッサージ スキンケア以外は特にしていない

4. ボディケアは？

ボディシャンプー 石鹸 スクラブ ローション クリーム オイル
 その他()

5. アレルギーは ある 無 何アレルギー()

6. 皮膚科通院の経験 無 有

7. ステロイド系外用薬の使用、プロトピックの使用

無 現在使用() 過去に使用()
 使用箇所 (顔 ・ 首 ・ 体 ・ 手 ・ 足)
 使用期間 連続(年間)
 ときどき(年間)

8. 薬の服用など（内的要因）

便秘 (無 ・ 有) 胃腸 (強 ・ 弱)
 薬の服用 (無 ・ 有) (いつ) (薬品名)

その他特記事項