アートメイク問診票

問診日（ ２０２６ 年　　月　　日 ）

来院のきっかけ（ 紹介・ HP ・ 通りがかり ・ インスタ・ 他　　）

■ 基本情報

□ 診察券番号（　　）
□ 氏名・年齢（　　／　　歳） □ 18歳未満は親権者同席
□ 電話番号 （　　）
□ 住所（　　）

□ 当日施術希望： あり ／ なし
別日希望:（第1希望　　第2希望　　第3希望　　）
□施術後に1ヶ月以内に大事なイベントがある : あり ／ なし（　　）
□ MRI 予定あり（　　）

■ 施術希望内容

□ 部位： 眉 ／ リップ／ アイライン 上 ・ 下
□ アートメイク歴： あり ／ なし
→ 時期・部位（　　）
□ 3ヶ月以内の美容施術歴・予定： あり ／ なし
→ 時期・内容（　　）
□施術先でのアートメイク許可: あり ／ なし→確認してもらう　□ 済

■ お悩み・希望のイメージ

（　　）

■ 既往・リスク確認

□ 金属アレルギー　： あり ／ なし
□ その他アレルギー： あり ／ なし
→（　　）
□アレルギーテスト希望：あり／なし　※スクラッチテスト5500円
□ 治療中・通院中： あり ／ なし
→ 内容（　　）
→ 主治医許可： あり ／ なし ／ 未確認→　□ 確認済
□ 抗血小板薬・血液凝固薬：あり／なし
□ 糖尿病：あり／なし（血糖値安定・合併症なし）

■ 施術不可

□ 血液感染症： あり ／ なし
（B型肝炎 ／ C型肝炎 ／ HIV）肝炎抗体プラスで抗原マイナスは相談
□ 妊娠中 不可・ 授乳中△（48時間断乳出来れば相談）
□ ケロイド体質

※問診内容によっては施術できない場合もございます。

Ns記載欄 □ SNS・LINE □ 相談 □ 問診 □ 同意書渡す □ キャンセル説明 □ 予約表 □ 注意事項
□ TEL問い合わせ□ 直来 □ ホームページ □ モニター条件

すみれ整形外科クリニック