

## 【アートメイク問診票】

1. アートメイク歴はありますか？

- はい(施術部位:  
 いいえ

2. 1か月内に他の美容施術を受けられましたか？

- はい 施術日:  
部 位:  
内 容:  
 いいえ

3. 今回の希望施術部位について

- 眉  
 アイライン  
 リップ  
 傷あと  
 肉割れ  
 乳輪/乳頭  
 その他( )

4. 施術部位についてのご希望

- 形を整えたい  
 毛並みが欲しい  
 くすみ・色調の改善  
 輪郭の改善・強調  
 その他( )

5. 施術の希望回数

(色素を入れる場合は2回を推奨しています)

- 1回  
 2回  
 改善するまで必要な回数

6. 口唇ヘルペスを発症したことがありますか？

- なし  
 時々ある  
 頻繁にある

7. アトピー性皮膚炎・敏感肌はありますか？

- はい  
 いいえ

8. 金属アレルギーはありますか？

- はい(種類: )  
 いいえ

9. 施術にあたり気になることや心配なことはありますか？

- はい(内容: )  
 いいえ

### ※アピアランスケア患者様へ

1. 疾患／告知時期

2. 治療病院名

3. 治療内容・治療期間

4. 今後の治療予定

柳沢形成外科