

StemBoost ファストカウンセリング（顔用）

（令和 年 月 日）

氏名

年齢

- ☐ アトピー肌などの皮膚疾患がありますか はい いいえ
- ☐ アレルギー体質ですか（例 スギ イネ ネコ 食品 ラテックス） はい いいえ
- はいの方（ ）
- ☐ とびひ・発疹など現在皮膚疾患がありますか はい いいえ
- はいの方（部位 ）
- ☐ 肌トラブルがありますか（酒さ・肝斑など） はい いいえ
- はいの方（ ）
- ☐ 気になる部位はどこですか（ ）
- ☐ 痛みに敏感な方だと感じますか はい いいえ
- ☐ ケロイド体質ですか はい いいえ
- ☐ てんかんと診断されたことはありますか はい いいえ
- ☐ 心疾患と診断されたことはありますか はい いいえ
- ☐ 高血圧未治療ではありませんか はい いいえ
- ☐ 治療を優先の疾患がありますか（自己免疫性疾患・ヘルペス・がん治療など）
- ☐ 感染症（B型肝炎、C型肝炎 etc）はありますか はい いいえ

※女性の方のみ

- ☐ 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか はい いいえ
- ☐ 妊活中ですか はい いいえ
- ☐ 生理周期（ 日・不規則） 生理痛（ある・なし）
- PMS 症状ありますか（例 肩こり 抑うつ イライラ 頭痛 腹痛など） はい いいえ
- はいの方（ ）

※今までに美容施術を受けたことはありますか

はい いいえ

- ☐ 1ヶ月以内にリフトアップやヒアルロン酸注入を施術した
- （いつ頃 内容
- 部位 病院名 ）
- ☐ 1ヶ月以内に二重まぶた埋没法、二重まぶた切開法、眉下切開など目の周りの施術を受けた
- （いつ頃 内容
- 部位 病院名 ）
- ☐ 1ヶ月以内に眉アートメイクを施術された方
- （いつ頃 内容
- 部位 病院名 ）
- ☐ 過去にその他の美容施術を受けたことがある
- （いつ頃 内容
- 部位 病院名 ）
- ☐ 現在美容皮膚科で施術を行っている
- （部位 内容 病院名 ）

※現在皮膚科で何か治療を受けていますか

はい いいえ

（治療内容 病院名 ）

※現在何かお薬やサプリメントを飲まれていますか

はい いいえ

はいの方（ ）

※本日お薬手帳をお持ちですか

はい いいえ