

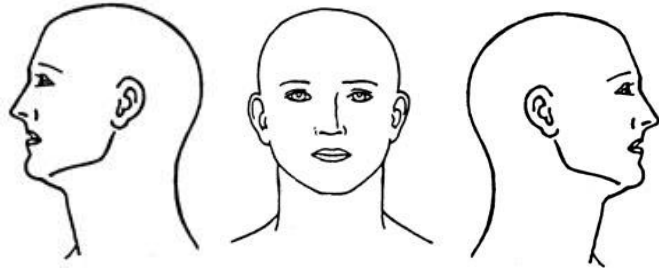


名前 _____ 年齢 _____ ID _____

1. しみはいつごろから始まりましたか？
_____ 才ころ (_____ 年前)
2. どの部分が気になりますか？丸をつけてください。また。特に気になる所は、塗りつぶしてください。

その他の部分

-
-
-
-



3. 今までにしみのために どのようなことを行ってきましたか？
 - a. 美白化粧品
 - b. ビタミン剤内服
 - c. イオン導入
 - d. ピーリング
 - d. エステに通う
 - e. 皮膚科に通院
 - f. フォトフェイシャル
 - g. 医療レーザー
 - h. その他(_____)

4. どの価格帯の化粧品を購入していますか？○をつけてください。
 - ・ 2000 円まで
 - ・ 5000 円まで
 - ・ 8000 円まで
 - ・ 1 万円程度
 - ・ 1 万円から 2 万円程度
 - ・ 3 万円以上

5. しみ治療内容について希望するものに○をつけてください。(複数可)
 - a. このしみをしっかり取りたい。
 - b. 全体を薄く明るくしたい。
 - c. ゆっくりでよいので、人にわからないようにきれいにしたい。
 - d. レーザー治療を希望している。
 - e. 塗り薬で治療をしたい。
 - f. 費用が気になる。(上限額がある 予算額： _____ 円程度)
 - g. あまり手をかけず、通院をできるだけ少なく、早く終了したい。

6. しみ治療を開始するに当たって、以下の事柄に同意が必要となります。
 - a. 定期的な通院をしてください。
同意します ・ 同意出来ません
 - b. 治療は医師の指導に従い行います。
同意します ・ 同意出来ません
 - c. 予約キャンセルおよび変更は一週間以上前に連絡をしてください。
それ以降となる場合はキャンセル料が発生いたします。
同意します ・ 同意出来ません