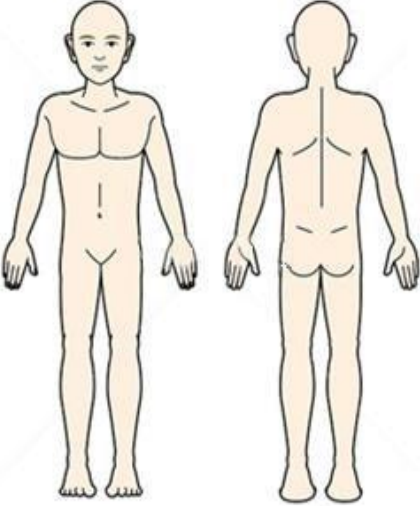


あざカウンセリングシート 患者様へ 太枠内をご記入ください

ID _____

名前 都道府県 東京都 ・ 他県()	体重 _____ kg
家族受診の有・無	
あざの変化の有無 【有・無】	薄くなってきた ・ 濃くなってきた ・ 大きくなってきた 盛り上がってきた ・ 変わらない
あざに関して今まで医療機関等で指摘を受けたことはあるか？ 【有・無】	いつ頃【 _____ カ月 ・ _____ 歳 ・ 健診時】 医療機関名【 _____ 】
治療の有無 【有・無】	いつ頃【 _____ カ月 ・ _____ 歳】 医療機関名【 _____ 】 治療内容【 手術 ・ レーザー ・ その他 _____ 】 回数【 _____ 回】
当日レーザーの希望の有無 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 話のみ <input type="checkbox"/> 悩んでいる	質問したいこと <input type="checkbox"/> あざが消えるのか、消えないのか <input type="checkbox"/> レーザーが必要なのか <input type="checkbox"/> 治療期間について <input type="checkbox"/> 痛みについて <input type="checkbox"/> 患部が濡れてもよいのか <input type="checkbox"/> (広範囲や複数カ所の場合) どこから治療をするべきか <input type="checkbox"/> 治療後の処置について <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	体調【 良 ・ 不良 】 予防接種【 有 ・ 無 】 ※本日より前後1週間 ↓ いつ頃【 _____ 月 _____ 日】 最終授乳(飲食)【 _____ 時 _____ 分】 テープかぶれ【 有 ・ 無 】 皮膚の状態【 良い・肌荒れ・湿疹 】
※部位とあざの色を記入してください	ペンレス貼布 【 未 ・ 済 _____ 時 _____ 分】 日焼け止めの説明 【 有 ・ 無 】 エアウォールの説明 【 有 ・ 無 】

担当者サイン _____