

黒ずみ除去レーザー治療後アンケート

チェックをお入れください。

| | | | | | | | |
|---------|---|-----------------|---|------------|---------|--|--------------|
| 治療時のご年齢 | 才 | 治療回数 (コース回数) | 回 | 治療開始 時期 | 年 月頃 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | お住いの 都道府県 |
|---------|---|-----------------|---|------------|---------|--|--------------|

■黒ずみはどのように気にしていましたか？（当てはまるものすべて）

- 幼い頃より気付いたら黒ずんでいた 出産後気になるようになっていた 自身で気付き気になっていた
 妊娠出産経験はないが気になっていた アトピーや湿疹乾燥肌で掻いてしまった影響
 他者やパートナーに指摘された 温泉などで他人と比較して気になり始めた
 脱毛治療したら黒ずみが見えるようになった 豊胸、乳輪乳頭の手術をしてから黒ずみが出現していた
 黒ずみのため脱毛できないと断られた 乳がん治療や放射線治療のあと黒ずみになっている

■治療前に気になったことはありますか？（当てはまるものすべて）

- 治療の痛み・ダウンタイム 治療期間 後遺症副作用(白斑などのトラブル) カサブタ・出血 費用
 医師の性別(男性希望 女性希望) アフターケア 入浴・シャワー 日常生活の制限・性行為など






■施術中の痛みはいかがでしたか？

| | 無痛 | ほぼ感じなかった | 熱感(温かみ)程度を感じた | 軽い痛みを感じた (チクッチク程度) | 我慢できない疼痛があった |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| レーザー照射の痛み | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■施術後のダウンタイムや痛み等はいかがでしたか？（一番近いもの）

| | |
|----------|--|
| 痛み | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気になる程度ではなかった <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> 常に痛かった |
| 痒み | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少しあった <input type="checkbox"/> 外用で改善 <input type="checkbox"/> 常に痒かった |
| カサブタ(出血) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あった <input type="checkbox"/> よくあった |

■治療を終えて改善具合を自己評価してください。※乳頭乳輪の場合の治療目標は「肌色に近い」ではありません。

| | 治療前と 変わらない  | 25% 色素沈着改善  | 50% 色素沈着改善  | 75% 色素沈着改善  | 気にならない 程度  |
|--------------|--|--|--|--|---|
| 乳頭・乳輪の黒ずみ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| デリケートゾーンの黒ずみ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■ご家族やご友人に同じ症状でお悩みの方がいたら、本治療はお勧めしたいですか？ はい いいえ

■パートナーに治療を気づかれましたか？ はい いいえ 先に治療することを話していた

■他の黒ずみ治療を経験したことはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方は当院の治療と比べて感想をお聞かせください。

ご経験されている治療内容：

■治療後の感想を一言お願いします。

■アフターケア・再発予防治療について

しっかり継続している 続けていたが中断 あまりできていなかった 案内されていない
(案内されたアフターケア 内服処方 処方薬による保湿ケア 漂白軟膏)

■施術後の生活の変化について

下着を見直した アンダーヘアのお手入れを見直した(脱毛した) その他()

■再発について

再発はない さらに明るくなっている 少し気になってきている(いつ頃からですか? :)

インターネットへの掲載と個人情報保護について

当アンケートはインターネット等で公開させていただくことをご了承ください。患者様の個人情報及びプライバシーの守秘義務は厳守致します。また、アンケートの内容について、患者様個人を特定できる、または推定できる内容が記載無いことをご確認ください。

上記ご確認の上、ご署名お願い致します。

年 月 日

診察券番号

ご署名

医療法人優肌会 スマイルクリニック
東京都渋谷区代々木 2-7-5 中島第二ビル 7F