

わきが・多汗症レーザー治療
「レーザーデオドラント duo®」術後アンケート

※お子様の治療については保護者の方がお答えください。(チェックをお入れください。)

年齢(受診時)	才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	お住いの都道府県	
---------	---	----	---	----------	--

■【治療前】の症状の具合は(4段階で自己判断)

	1 あまり気になっていない	2 たまに気になっていた	3 いつも気になっていた	4 かなり気になっていた
わきの臭い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わき汗の量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■治療回数と治療開始時期はいつでしたか？ 治療回数 回 / 治療開始時期 年 月頃

■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(チクッチクッ程度)	我慢できない疼痛があった
施術中の痛み	<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？(複数選択可)

	なんともなかった	熱感・ほてり	赤み	腫れ・むくみ感	痛み
施術当日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施術翌日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■治療を終えて改善具合はいかがですか？

	あまり変わらない	30%減った	50%減った	70%減った	90%以上減った
わきの臭い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わき汗の量	<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

■治療前に比較した治療法はありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方は、比較された治療と当院に決めた理由をお聞かせください。

■他の治療を経験したことはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方はレーザーデオドラント duo と比べて感想をお聞かせください。(手術・ミラドライ・ビューホットとの比較など)

■治療後の感想を一言お願いします。

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