



PRPF 療法を受けられる方へのアンケート

PRPF(多血小板血漿+bFGF) 治療を受けられる方、または希望される方にお尋ねします。
過去に(時期は問いません) 以下に示す治療を受けられたことがありますか?
該当するものに✓をして下さい。より安全な治療を行うために必要な情報ですので、ご協力をお願いいたします。

注入治療

- ヒアルロン酸注射
- コラーゲン注射
- アクアミド注射
- レディエッセ注射
- ボトックス注射
- 脂肪融解注射
- BNLS 小顔輪郭注射
- PRP, PRPF, b-FGF 注入
- その他

手術治療

- フェイスリフト
- スレッドリフト
- 金の糸治療
- その他の美容手術(鼻のシリコンなど)
- 顔面の外傷・骨折(骨折のプレート挿入など)

機械治療

- 各種治療機器によるたるみ治療
- 各種レーザー治療全般(シミ、ほくろ、脱毛、肌質改善、その他)
- フラクショナルレーザー

自分で行うケア

- イオン導入器の使用
- 各種美顔器の使用
- フェイシャルマッサージ
- エステに通ったことがある。または現在通っている。

年 月 日

私 _____ は相違なく上記問診に回答しました。