# 美容皮膚科　問診票

年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | | 生年月日 | M・T・S・H・R<br>年　　月　　日 | |
| 住所 | 〒（　　ー　　） | | | |
| 電話番号 | 自宅：<br>携帯： | 職業：<br>紫外線を浴びる機会　　多い　・　少ない | | |

1．本日ご来院いただいた理由についてお聞かせ下さい。（複数回答可）
　気になる部分を右の図に書き込んでください。

□シミ・そばかす・肝斑　□シワ　□ニキビ・ニキビ跡　□あざ　□毛穴
□たるみ　□ほくろ　□できもの　□赤ら顔　□多汗・わきが　□AGA・薄毛
□医療脱毛レーザー　□美容注射・美容点滴　□ピアス
□その他（　　）

2．上記の症状で、今までに治療や美容施術を受けられたことはありますか？
□いいえ　□はい（いつ頃：　　どこで：　　）
（治療/施術内容：　　）

3．現在治療中の病気はありますか？　□いいえ　□はい　＊お薬手帳の提示をお願い致します
「はい」の方 → 病名：
　内服・外用中の薬：

4．アレルギーをお持ちですか？　□いいえ　□はい
□ぜんそく　□アトピー　□金属　□花粉（　　）　□食物（　　）
**□薬剤（　　）**　**□光線過敏症**　□その他（　　）

5．女性の方で該当される方のみご記入ください。現在妊娠している可能性はありますか？
□いいえ　□妊活中　□妊娠中（妊娠　　ヵ月　出産予定日　　月　　日）　□授乳中

6．今後大事なご予定(結婚式、ご旅行、同窓会など)は、ありますか？
□いいえ　□はい（ご予定の日程・内容：　　）

7．現在お使いの基礎化粧品にご満足されていますか？
□はい　□いいえ（どのような点で不満をお持ちですか？：　　）

8．レーザーの種類によっては、照射後のダウンタイム（数日～2週間程度の赤み・腫れ・かさぶたなど）が出現する可能性があります。ダウンタイムがある施術は可能ですか？　□はい　□いいえ

9．ご興味のある施術（レーザー、注射など）があればお書きください。

10．来院されたきっかけを教えてください。
□ホームページ　□看板　□タウン誌　□ご家族様の紹介　□紹介（知人・病院：　　）
□その他（　　）

ご協力ありがとうございました。