

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	年 月 日
住所	〒 (    -    )			
電話番号	自宅： 携帯：	職業：	紫外線を浴びる機会                      多い ・ 少ない	

1. 本日まで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   タトゥー除去  
ボトックス注射   ヒアルロン酸注射   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    ヲ月 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。