

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	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. 以前に佐々木皮膚科に通院されたことはありますか？

はい いいえ

2. 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 タトゥー除去  
ボトックス注射 ヒアルロン酸注射 その他 (                      )



3. 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：                      )

4. 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：

5. 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 (                      ) 食べ物 (                      )  
薬剤 (                      ) 光線過敏症 その他 (                      )

6. 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      ヶ月 出産予定日      月      日) 授乳中

7. 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：                      )

8. 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？：                      )

9. 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

10. 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。

11. 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。

佐々木皮膚科