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	〒（　ー　）			
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。

   （　　）

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. 精神神経科および心療内科の通院歴や現時点での通院、内服薬はありますか？　□あり　□なし

6. 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（　　）

7. 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

8. 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：　　）

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. 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