

美容皮膚科問診票

記入日 年 月 日

ふりがな				生年月日
お名前	男・女		大・昭・平	年 月 日(歳)
ご住所	〒			
電話番号			ご職業	
携帯番号				
Email	メールの送付(キャンペーンなど): 希望する・希望しない			

- ① 今日の受診目的を教えてください
 しみ そばかす シワ くすみ にきび・にきびあと 毛穴 ほくろ
 赤ら顔 多汗症(わき汗) 薄毛
 その他()



- ② 症状の出ている箇所(右の図)に○を付けてください

- ③ その症状はいつ頃からですか？

- ④ その症状に対して、これまでに治療を受けたことがありますか？
 (はい・いいえ) いつ頃 ()

受けた場所 : 医療機関 エステティックサロン その他()

治療内容 : レーザー 光治療 ピーリング イオン導入 エレクトロポレーション 注射 点滴
 その他()

- ⑤ 薬(飲み薬、注射)のアレルギーはありますか？
 無・有 [抗生物質・痛み止め・局所麻酔薬・その他(薬品名)]

- ⑥ ケロイド体質はありますか？ (はい・いいえ)

- ⑦ 現在、妊娠・授乳中ですか？(男性の方は記入不要です)
妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 授乳中

- ⑧ 光線過敏症はありますか？ (はい・いいえ)

- ⑨ 毛染め薬や化粧品、外用薬でかぶれたことはありますか？ (はい: . いいえ)

- ⑩ いれずみ、アートメイク、金の糸をされていますか？ (はい: . いいえ)

- ⑪ 当院にご来院されたきっかけを教えてください

知人・家族の紹介・ホームページ・当院の看板・近いから・チラシ