

美容皮膚科問診票

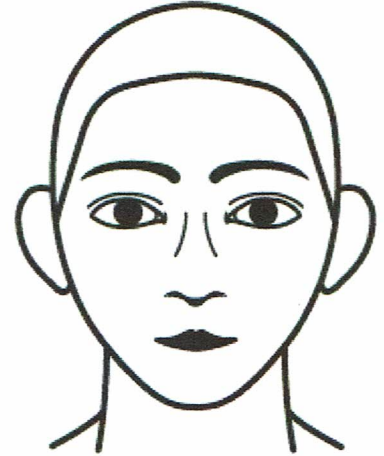
記入日 年 月 日

ふりがな			
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			

① 今日の受診目的を教えてください

しみ そばかす シワ(眉間・額・目尻) くすみ ほくろ
にきび・にきび痕 毛穴 肌のはり・ツヤ 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(のみ薬、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・近いから・チラシ・当院の看板を見て