

◇美容皮膚科問診票◇

氏名		性別：男・女	ご職業
生年月日	年 月 日生	年齢：	

美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適用外となります。
(カウンセリング料 3000 円 同日施術の場合 1500 円)

1. どのような症状に対して診療をご希望されますか？

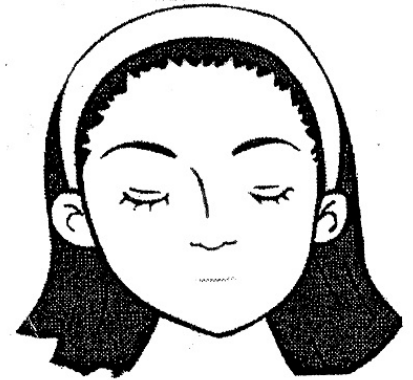
- しみ・そばかす・肝斑 ほくろ・できもの しわ ニキビあと 毛穴
赤ら顔 あざ ファッション Tatroo 脱毛症・薄毛 美容点滴・プラセンタ
ピアス 多汗 その他 ()

2. その症状があるのはいつからですか？

- () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

3. 体の部位はどこですか？ (右図に印をつけてください)

- 顔 頭 胸 腹 背中 腕
手 足 わき 耳 首
その他 ()



4. その症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？ → いいえ はい
はい ⇒ 他の医療機関で・エステティックサロンで ・ その他 ()

5. 4ではいいとお答え頂いた方はご記入下さい。これまでどのような治療を受けたことがありますか？
()

いつ頃 ()

6. 現在日焼けをしていますか？ → いいえ はい

7. ケロイド体質はありますか？ → いいえ はい

8. 光線過敏症はありますか？ → いいえ はい

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？ → いいえ はい

10. いれずみ、アートメイク、金の糸をされていますか？ → いいえ はい

11. 現在治療中の病気はありますか？ → いいえ はい

はいの方⇒ ()

12. 現在、内服しているお薬の種類と服用開始の時期について教えてください。

他院からの薬剤一覧表をお出し頂いても結構です。

薬品名 () ・ 開始時期 ()

13. お薬や食物・金属のアレルギーをお持ちですか？ → いいえ はい

薬剤 () ⇒ 倒れた ・ 発疹が出た ・ その他 ()

食物 () 金属 () その他 ()

14. 今までに手術、抜歯をしたことがありますか？ → いいえ はい

はいの方⇒ ()

15. その際に何か異常がありましたか？ → いいえ はい

はいの方⇒ ()

16. 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 可能性あり 妊娠 ヶ月 授乳中

17. 今後何か大事なご予定はございますか？ (同窓会、結婚式、旅行など) → いいえ はい

はいの方⇒ 予定日 (/) 内容：()

18. 化粧品のご紹介、サンプルは必要ですか？ → いいえ はい

19. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

20. 来院されたきっかけを教えてください

知人の紹介 () 様 病院からの紹介 ()

通りがかり ホームページ

グーグルマップ その他 ()

ご協力ありがとうございました。