

美容皮膚科 問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	ご職業	
お名前	[旧姓:]		生年月日	大昭平 年 月 日 (歳)
住所	〒		電話	

- 美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適応外となります。(初診 3,000 円、再診 1,000 円)
 お顔の相談は、化粧を落とした状態で診察させていただきます。クレンジングなどが必要な方は受付にお申し出ください。

1. お悩みは何ですか？	シミ・そばかす・くすみ・肝斑・たるみ・小じわ・赤ら顔 ニキビ・ニキビ跡・毛穴の開き・黒ずみ
2. 今まで何か治療を受けましたか？	フェイシャル等のエステ・シミ取りレーザー・IPL光治療 フラクショナルレーザー・ホクロ取り・ボトックス・金糸治療
3. 過去の治療で副作用が生じたことはありますか？	なし・あり ※「あり」の方は以下もご記入ください。 []
4. 現在治療中の病気や内服薬はありますか？	なし・あり ※「あり」の方は以下もご記入ください。 病名 [] 薬剤名 [] ※お薬手帳を受付にお渡しください
5. 薬、食品、光線過敏症などのアレルギーはありますか？	なし・あり ※「あり」の方は以下もご記入ください。 []
6. どのぐらいの間隔で治療に通えますか？	2週間隔・4週間隔・6週間隔・それ以上
7. 近いうちに大切な予定がありますか？ (同窓会、結婚式、旅行など)	なし・あり ※「あり」の方は以下もご記入ください。 月 日頃 行事 []
8. 普段のスキンケアにお使いのものを○で囲んでください。 クレンジング・洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・UVカット	
9. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？	いいえ・はい
10. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？(該当する項目全てに○をしてください) 近所に在住(通勤・通学路) ホームページ 広告 知人の紹介 他の医療機関からの紹介 その他()	