

# 美容皮膚科問診票

年 月 日

|      |                    |   |      |
|------|--------------------|---|------|
| ふりがな |                    | 男 | 住所 〒 |
| お名前  |                    | 女 |      |
| 生年月日 | 昭 平 令<br>年 月 日( 才) | 電 | 自宅   |
|      |                    | 話 | 携帯   |

◇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・3300円 再診・1100円 NS説明料1100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。(必要な場合はこちらでご案内します)

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1.お悩みは何ですか？<br><br>(施術希望の優先順位)        | シミ・そばかす・くすみ・肝斑・イボ・ホクロ・たるみ・小じわ・赤ら顔<br>医療脱毛・ニキビ・ニキビ跡・毛穴の開き・黒ずみ・ピアス・他( )<br><br>→ → →    |
| 2.今まで何か治療を受けましたか？                     | なし・フェイシャル等のエステ・シミ取りレーザー・IPL光治療・ボトックス<br>ホクロ取り・ヒアルロン酸・レーザー治療・糸リフト・他( )                 |
| 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。<br>[ ]  |
| 4.現在治療中の病気はありますか？                     | なし・あり ※ありの方は以下もご記入ください。<br>[ ]  |
| 5.内服薬はありますか？                          | なし・ピル・血液サラサラ・その他( )   |
| 6.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。<br>麻酔・金属・薬( )・毛染め・ケロイド体質<br>てんかん・糖尿病・甲状腺疾患・リウマチ・金製剤<br>その他[ ] |
| 7.過去1週間ワクチンの接種                        | なし・あり [ ]   |
| 8.近いうちに大切な予定がありますか？<br>(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。<br>月 日頃<br>行事[ ]  |
| 9.ひと月の美容予算は？                          | 円位  |
| 10.当日の施術希望                            | 希望・希望しない  |
| 11.美容医療に対する考えを教えてください。                | ・当日化粧希望・痛みに弱い・注入治療はしたくない・特になし<br>・その他( )  |
| 12.女性の方のみ                             | 妊娠中・授乳中   |
| 13.当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？           | 近所に在住(通勤・通学)・ホームページ・インスタグラム<br>広告・看板・知人の紹介( 様 )<br>その他( )                             |

おくすりを飲まれている方はくすり手帳をご提示ください。