

美容皮膚科問診票

年 月 日

ふりがな		男 女	住所	〒
氏名				
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 歳	電話	自宅 携帯

■どのような症状でご相談を希望されますか？

- ・脱毛 ・いぼ、ほくろ ・シミ ・ニキビ ・ニキビ跡 ・毛穴 ・毛穴の黒ずみ
- ・たるみ ・しわ ・ピアス ・プラセンタ ・にんにく注射 ・その他

■上記に対し、過去に治療または施術を受けたことがありますか？ いいえ・はい

- ※「はい」と答えた方 施術場所（医療機関 ・ エステ） いつ頃（ ）
施術内容（ ）

■現在お薬を飲んでいますか？ * 「はい」とお答えの方はお薬手帳をご提出ください。

- いいえ・はい 薬名（ ）

■ご自身またはご家族でケロイド体質の方はいらっしゃいますか？ いいえ・はい

■これまでに下記に挙げたものでアレルギーを起こしたことはありますか？

- いいえ・はい（ 内服薬 ・ 外用薬 ・ 麻酔薬 ・ 金属 ・ アルコール消毒 ）

■近々、大事なイベントのご予定はありますか？ いいえ・はい

（例）結婚式の参列、写真撮影、食事会など

■ご連絡が必要な場合、お電話をおかけしてもよろしいでしょうか？ いいえ・はい

以下、女性の方のみお答えください

■現在、妊娠されていますか？ いいえ ・ わからない ・ はい（ 週目）

■授乳中ですか？ いいえ ・ はい

■当院をどこでお知りになりましたか？

1. インターネット
2. 駅看板
3. 電柱看板
4. 屋外広告看板
5. 情報誌
6. 人づて
7. 他の医院からの紹介
7. その他（ ）

ご記入ありがとうございます。

