

美容皮膚科問診票

カルテNO

年 月 日

ふりがな

お名前：

生年月日： 年 月 日 () 歳

〒

ご住所

ご連絡先 自宅 (ご連絡 可・不可)

携帯 (ご連絡 可・不可)

※ご連絡可能なご連絡先の記入を必ずお願いします

メールアドレス

メール送信：可・否

どのような症状に対して診察希望されますか？

しみ そばかす しわ たるみ くすみ 赤ら顔 ニキビ ニキビ跡
毛穴 脱毛 育毛 多汗症 ピアス コスメ・サプリメント相談
その他 ()

それはお身体のどの部位ですか？

顔 ・ その他 ()

本日の施術をご希望されますか？

はい いいえ (カウンセリングのみ)

上記で「はい」とお答え頂いた方、ダウンタイムのある施術でも可能ですか？

(※ダウンタイム：施術後の赤み・かさぶた・腫れ・内出血など)

はい いいえ

上記で「はい」とお答え頂いた方、ご予算はございますか？

はい → () いいえ

診察希望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 → 他の医療機関で エステティックサロンで その他 ()

いいえ

上記で「はい」とお答え頂いた方、1ヶ月以内に治療を受けられましたか？

はい → いつ頃 () どのような治療 ()

いいえ

1週間以内に日焼けをされましたか？

はい いいえ

たるみ治療に対して糸を入れたことがありますか？

はい (金の糸、溶ける糸、()) → いつ頃 () いいえ

現在、治療中の病気はありますか？

はい → 病名 () いいえ

現在、内服しているお薬はありますか？

はい→薬品名（ ） いいえ

過去に大きな（手術・入院など）病気をしましたか？

はい（ ） いいえ

今までにお薬や食べ物によるアレルギーがありましたか？

はい（ ） いいえ

アトピー、花粉症などのアレルギーはありますか？

はい（ ） いいえ

金属アレルギー、光線過敏症はありますか？

はい（ ） いいえ

今までにハイドロキノンを使用されたことはありますか？

はい（アレルギー反応 あり・なし） いいえ

現在妊娠していますか？

はい（ ）週 いいえ 予定している 授乳中である

嗜好 たばこ（なし・ /日） アルコール（なし・ /日）

便通について 日 回のペース

睡眠時間 時～ 時 平均（ ）時間

お仕事についてお聞かせ下さい。

・日光に当たることがよくありますか？（例：屋外の仕事、通勤等）

はい いいえ

・夜勤はありますか？ はい いいえ

・さしつかえなければ、お仕事内容をお聞かせ下さい。

（ ）

今後何か大事なご予定がありますか？

（運動会、レジャー、旅行、同窓会、成人式、結婚式など）

はい（内容 いつ頃 ） いいえ

下記のような方は必ずお知らせ下さい。

心疾患 高血圧 化粧品でかぶれたことがある ケロイド体質

治療部位に瘢痕や化膿がある ウイルス性肝炎やその他の感染症

人工的に皮膚に着色している（アートメイク、入れ墨など）

毎日のスキンケアについてお答え下さい。

クレンジング（オイル ジェル ミルク）

洗顔 化粧水 乳液 クリーム 美容液

オールインワン 何もしない その他（ ）

日焼け止めクリーム

当クリニックを何で知りましたか？

知人（ ） ホームページ その他（ ）

ありがとうございました。