

美容皮膚科問診票

カルテNo.

記入日 年 月 日

ふりがな			生年 月日	西暦	年	月	日
お名前						(	歳)
ご住所	〒						
ご連絡先	自宅 (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	携帯 (ご連絡 可・不可)						
メールアドレス	(メール送信 可・不可)						

◆今までに遠山クリニックで診察を受けたことがありますか？(内科も含めて)

☐ はい ☐ いいえ

◆ホームページの【受診される方へ】を読みましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

◆どのような症状に対して診察を希望されますか？

☐ 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()

◆今までに美容医療、エステで行った施術について、 いつ頃・何回・医療orエステで行ったなど
 詳しくお書きください。(例：顔のピーリング、R○年○月○日、一回、エステ)
 ()

◆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

◆今後、何か大事なご予定がありますか？(例：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ください。

☐ 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)
☐ 体内に金属が入っている(部位 例：顎に金属プレート)
☐ 緑内障

◆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

裏面もございます →

◆過去に大きな(手術・入院など)病気をしましたか？

☐ はい(病名) ☐ 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

◆ナッツアレルギーはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

◆金属アレルギーはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

はいの方はこちらもチェックをお願いします。

・パッチテストを行ったことはありますか ☐ はい ☐ いいえ

・18金は大丈夫ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

◆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(医療用美白クリーム)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

◆今までにトレチノインを使用されたことはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

◆今までに「ゼオスキンヘルス」または「エンビロン」を使用されたことはありますか？

・ゼオスキンヘルス→☐ はい ☐ いいえ ・エンビロン→☐ はい ☐ いいえ

◆嗜好

・たばこ(なし ・ /日) ・アルコール(なし ・ /日)

◆お仕事についてお聞かせください。

・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ください。()

◆毎日のスキンケアについてお答えください。

☐ クレンジング(オイル ・ ジェル ・ ミルク ・ バーム) ☐ 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 ☐ 日焼け止めクリーム

☐ その他()

◆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