

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()

◆それはお身体のどの部位ですか？

顔 その他()

◆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

◆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

◆今までに美容医療、エステで行った施術について詳しくお書きください。

()

◆1週間以内に日焼けをされましたか？

はい いいえ

◆たるみ治療として糸を入れたことがありますか？

はい (金の糸・溶ける糸・その他) (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

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、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。()
- ◆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)
- ◆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) 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