

美容皮膚科問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	T・S・H・R
お名前	男・女		年 月 日
住所	〒		
携帯電話		電話番号	※日中、連絡が取れる番号を記入ください。

1 どのような症状に対して診察をご希望されますか？

しみ・そばかす・肝斑・しわ・たるみ・ニキビ・ニキビ跡・ほくろ・イボ・毛穴・肌質改善
赤ら顔・薄毛・ダイエット・プラセンタ・注射／点滴・その他（ ）

2 それはお身体のどの部位ですか？

顔・頭・胸・腹・背中・腕・胸・手・足・下肢・耳・首・その他（ ）

3 これまで美容治療を受けられましたか？（ はい ・ いいえ ）

➔「はい」とお答えいただいた方はご記入ください。どのような治療を受けたことがありますか？

治療部位・いつ頃（ ）

レーザー治療（ ） ヒアルロン酸 ボトックス

アートメイク（ 眉 ・ 唇 ） 美容整形（ ） その他（ ）

4 これまでにアレルギー症状がでたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

お薬（ ） 注射（ ） 食物（ ）

花粉 金属（ ） 光線過敏症 その他（ ）

5 現在治療中の病気はありますか？（ はい ・ いいえ ）

病名（ ）

6 現在お薬を飲んでいますか？（ はい ・ いいえ ）

医療機関で処方された薬（ ）

市販（サプリメントを含む）のお薬（ ）

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

7 女性の方へ

現在は妊娠中ですか？（妊娠の可能性・妊活を含む）（ はい （第 週） ・ いいえ ）

現在は授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

8 男性の方へ

近々、お子様のご予定がありますか？（ はい ・ いいえ ）

9 ご来院されたきっかけを教えてください。

家族・知人の紹介 ホームページ Instagram お住まい／職場が近い

その他（ ）