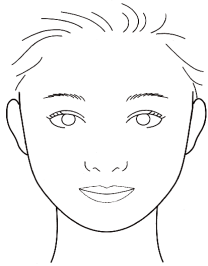


美容皮膚科問診票

フリガナ		生年月日	昭和・平成		
お名前		年	月	日	歳 男・女
住所	〒				
電話番号		携帯電話		職業	
メールアドレス					

・本日美容皮膚科にどのようなご相談でいらっしゃいましたか？



いつ頃から気になりだしましたか？

・他の美容クリニックでの治療経験 (なし / あり)

治療の内容は何ですか？

・効果はいかがですか？

現在も継続中の治療はありますか？

・現在他科に通院中又は大きな病気をされた方は下記にご記入ください

病名

内服中の薬

・薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい → 具体的に ()

・現在のスキンケアについて具体的にお書きください (商品名など)

洗顔 () クレンジング () 化粧水 ()

乳液・クリーム・美容液等 () 日焼け止め ()

ファンデーション (リキッド・パウダリー)

その他 ()

・お肌の為に気をつけている事 (生活・食事・サプリメント・ケアなど・・)

・肌タイプをお選びください

乾燥肌・オイリー肌・ニキビ肌・混合肌・敏感肌

・生理について (日周期・不順)

その時の肌の状態は、いかがですか？

裏もご記入下さい→

- 嗜好 タバコ（なし・ / 日） アルコール（なし・ / 日）
- 便通は毎日ありますか？ はい・いいえ（ 日 回のペース）
- 睡眠時間（平均的なもの）（ 時 ～ 時 ）
- 通院のご希望の曜日や時間帯があればお書きください

•治療するにあたり、どのように望まれますか？

- 保険診療のみ希望する 私費治療も考慮する
- 自分の肌によいことは何でもしてみたい
- 今日ご相談の内容のみ検討したい
- ホームケアについても相談したい

•今後、何か大事なご予定はありますか？（同窓会、結婚式、披露宴など）

はい（いつ どのような ）・いいえ

•当クリニックをどこでお知りになりましたか？

知人から（ ）さん 携帯検索 インターネット ホームページ 他（ ）

•クリニックからのお知らせ、キャンペーン情報などを郵送してよろしいですか？

はい ・ いいえ

下記内容に該当する場合は口にチェックしてください

- 妊娠中 妊娠希望 授乳中 リウマチの方、金剤の服用歴がある方 日光過敏の方
- 顔に肌色や白色の刺青を入れている方 顔に金の糸を入れている方 ケロイド体質の方
- 抗凝固剤（バイアスピリン・ワーファリン等）飲まれている方 出血性疾患を有する方
- ペースメーカーやボルト等体内に金属が入っている方 高血圧の方 高脂血症の方
- 膠原病の方 蕁麻疹の方 インプラント（シリコンなど）やヒアルロン酸注入を行った方
- 過去に化粧品にかぶれたことがある方

下記の症状にお悩み又は下記の治療にご興味がおありでしたら口にチェックしてください

お悩み しみ 肝斑 そばかす くすみ 毛穴 ニキビ ニキビ跡
ほくろ 眉間・目尻・額のしわ ほうれい線 たるみ 脇の汗

治療 シミ取りレーザー 肝斑トーニング レーザーフェイシャル
フラクショナルレーザー フォト RF ボトックス注射 ヒアルロン酸注入
レーザー脱毛 メディカルエステ クリニック専売化粧品 プラセンタ注射

※上記の治療・ご相談はすべて保険適用外になります。（自費診療）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。