

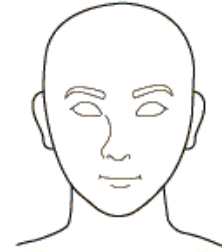
美容皮膚科問診票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成		
お名前		年 月 日		歳	男・女
ご住所	〒				
電話番号		携帯電話			

①どのような症状に対して診察を希望されますか？

しみ・ほくろ・そばかす・しわ・ニキビ跡・毛穴・あざ・赤ら顔
 刺青除去・男性型脱毛症・薄毛・美容点滴・プラセンタ注射・脱毛
 痩身・部分痩せ・ピアス・プチ整形・多汗症・その他(



②それは体のどこですか？

顔・頭・胸・腹・背中・腕・手・足・脇・耳・首・その他()

③その症状に対してこれまでに治療を受けられ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

④どのような治療を受けられましたか？

()

⑤これまでにお薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

はい⇒飲み薬()・注射()・いいえ
 症状⇒倒れた・発疹が出た・その他()

⑥現在治療中の病気はありますか？

はい⇒病名()・いいえ

⑦現在服用しているお薬の種類を教えてください。

()

⑧女性の方

妊娠中である・妊娠の可能性ある・妊娠はしていない・授乳中である

⑨当院に来院されたきっかけは？

知人の紹介・病院からの紹介・広告を見た・ホームページを見た・その他()

⑩今後何か大事なご予定はありますか？(同窓会・成人式・披露宴 など)

はい⇒(予定日 / 内容:)・いいえ

⑪お顔の診察を希望される方⇒本日お化粧をしていますか はい・いいえ

はいの方⇒お化粧を落としていただくことは可能ですか？ はい・いいえ

⑪明細書の発行を希望しますか？

する・しない(希望しないに○でも必要になった場合はいつでも発行致します。)