

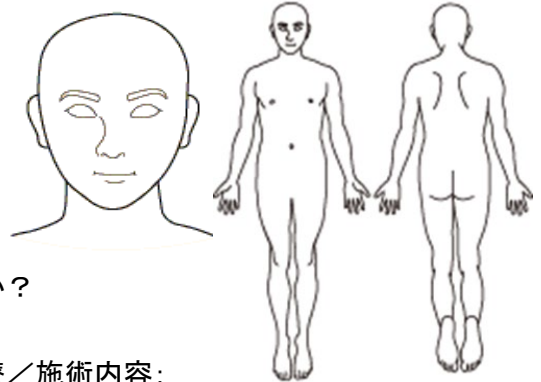
美容皮膚科問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	歳	男・女
お名前		年 月 日			
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・たるみ・ニキビ痕
 毛穴・ピーリング・美容レーザー治療・ボトックス注射
 あざ・脱毛・ピアス・刺青除去・美容点滴・美容注射
 痩身・AGA・薄毛・その他()



②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・いいえ

「はい」の方⇒いつ頃: どこで: 治療/施術内容:

③ご興味のある施術(レーザー、注射など)があればお書き下さい。

()

④施術によってダウンタイム(赤み・腫れ・内出血など)が出るものがございますがご希望はありますか？

・ダウンタイムが出てもしっかりと施術を受けたい はい・いいえ

・多少のダウンタイムなら問題なし はい・いいえ

・ダウンタイムが出る施術は受けられない はい・いいえ

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・いいえ

「はい」の方⇒飲み薬()・注射()・食べ物()

⑥現在治療中の病気はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方⇒病名: 内服:

⑦現在、授乳中、または妊娠、妊娠している可能性はありますか？

いいえ・授乳中・妊娠している(ヶ月)・妊娠している可能性がある

⑧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・SNSを見た・ホームページを見た・その他()

⑨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・いいえ

「はい」の方⇒(予定日 / 内容:)

⑩お顔の診察を希望される方：本日 お化粧をしていますか？(目元・眉含む) はい・いいえ

日焼け止めを付けていますか？ はい・いいえ

乳液・クリーム等を付けていますか？ はい・いいえ

尚、美容診察料(3300円)がかかることをご了承ください。