

美容問診票

年 月 日

ふりがな		性別	生	S	ご職業
お名前		男 ・ 女	年 月 日	・ H	年 月 日 (才)
ご住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
電話		携帯電話			
mail					

本日はご来院ありがとうございます。

患者様に安全な治療をご提案させていただくために、以下の質問にできるだけ正確にお答えください。

Q1 どのようなお悩みで来院されましたか？ しみ きび きびあと その他



- ・いつからですか。 ()
- ・肝斑の診断もしくは治療を受けたことがありますか。
はい ・ いいえ
- ・ご使用中のものを○で囲ってください。
洗顔 ・ 化粧水 ・ 乳液 ・ クリーム ・ ハイドロキノン
トレチノイン ・ レチノール ・ ピーリング剤

Q2 これまでに、ご経験のあるものを○で囲ってください。

レーザー治療 ・ 光治療 (IPL・フォト) ・ ヒアルロン酸注入 ・ ボトックス注入
脱毛 (エステ・医療) ・ 金属、シリコン、プラスチックの使用 ・ その他 ()

Q3 最近1か月以内でひどい日焼けをしましたか？ はい ・ いいえ

Q4 施術希望部位にアートメイクまたは刺青がありますか？ はい ・ いいえ

Q5 現在、医療機関において治療を受けている病気はありますか？ はい ・ いいえ
(病名)

Q6 現在、内服、外用 (ニキビ治療薬、軟膏、湿布をしていますか？ はい ・ いいえ
(お薬の名前)

Q7 食べ物やお薬でアレルギー反応が起こったことはありますか？ はい ・ いいえ
(種類)

Q8 以下のうちあてはまるものを○で囲ってください
光線過敏 ケロイド体質 金属アレルギー アルコール綿でかぶれる 花粉症

Q9 これまでに麻酔でのトラブルはありますか？ はい ・ いいえ

Q10 不整脈や心臓疾患、てんかんを指摘されたことはありますか？ はい ・ いいえ

Q11 血液感染症 (B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒) にかかったことはありますか？ はい ・ いいえ

Q12 当クリニックにお越しになったきっかけを教えてください。

- ホームページ その他WEBサイト () 院内掲示
- その他 () 紹介 (紹介者)

以下の質問は女性の方へお伺いいたします。 当てはまるものにチェックをお願いします。

Q13 妊娠または妊娠の可能性 授乳中 妊活中 出産のご経験

Q14 今後クリニックからのDM (案内) などを送らせて頂いてもよろしいですか？ はい ・ いいえ