美容皮膚科問診票

ID;　　（スタッフ記入欄）　記入日（令和　　年　　月　　日）

ふりがな		生年月日	T・S・H・R 年　月　日（　歳）
お名前	（男・女）	職種	
住所	〒　※番地・号室等は正確にお書きください。		
電話			

1,どのような症状に対して診察をご希望されますか？

【 美容皮膚科 】　□しみ　□ほくろ　□イボ　□そばかす　□ニキビ　□ニキビ跡　□毛穴
□AGA（男性型脱毛症）　□医療脱毛　□プラセンタ　□ケミカルピーリング

【 形成 / 手術 】　□二重　□眼瞼下垂　□くまとり

【 化粧品相談 】　□ゼオスキン　□リビジョン　□その他のスキンケア（　　）

【その他の相談】※具体的にご記入ください（　　）

2,それはお身体のどの部位ですか？

□ 顔　□ 頭　□ 胸　□ 腹　□ 背中　□ 腕　□ 手　□ 足　□ 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」と答えた方のみお答えください。

□他の医療機関（　　）□エステティックサロン

□その他（　　）

4,「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？

□レーザー治療　：部位（　　）いつ頃ですか（　　）

□ヒアルロン酸　□ボトックス　：部位（　　）いつ頃ですか（　　）

□美容整形　：部位（　　）いつ頃ですか（　　）

□アートメイク（眉・口唇）　：部位（　　）いつ頃ですか（　　）

□その他（内容：　　）：部位（　　）いつ頃ですか（　　）

5,これまでにアレルギー症状出たことはありますか？

□はい　□いいえ

→「はい」と答えた方のみお答えください。

□お薬（　　）　□注射　□食べ物（　　）

□花粉　□金属（　　）　□光線過敏症　□その他（　　）

6,現在治療中の病気はありますか？

□はい　□いいえ

→「はい」と答えた方は病名を教えてください。（　　）

□リウマチの既往歴がある

□金属剤の服用歴がある（ジオゾール注・グレリース錠・リザスト錠・リドーラ錠　等）

裏面あり

7,現在お薬を飲んでいますか？

□はい　□いいえ

→「はい」と答えた方のみお答えください。

□医療機関で処方されたお薬　お薬名（　　）

□市販のお薬　　お薬名（　　）

※お薬手帳をお持ちの方は診察時にお出しください。

8,女性の方へ

・現在妊娠中ですか？（妊活中も含む）　□はい　□いいえ

・現在授乳中ですか？　　□はい　□いいえ

9,男性の方へ

・近々、お子様の予定がありますか？　□はい　□いいえ

10,来院されたきっかけを教えてください。

□広告　□HP　□知人の紹介（紹介者：　　）

□通りがかり　□ご近所　□その他（　　）

11,今後大切なご予定はありますか？（同窓会・成人式・結婚式・披露宴など）

□はい　▶（　　年　　月　　日　内容：　　）

※個人情報保護に関して

▶　当院では個人情報保護法に基づき患者さまの個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めてまいります。それに伴い、下記の点についてご要望をお聞かせください。

→ご予約の調整など緊急の場合お伺いしたお電話番号にごお連絡を差し上げてもよろしいでしょうか？

□はい　□いいえ

お肌のお悩み　（　乾燥肌・ニキビ・ニキビ跡・敏感肌・脂性肌・混合肌・アトピー　）

タバコ　　（　吸う　・　吸わない　）

便秘　　（　ある　・　ない　）

胃腸　　（　普通　・　弱い　）

その他嗜好品　（　　）

今現在使用しているスキンケアについて教えてください。

使用中のものは○をしてください。差し支えなければ（　　）の中に化粧品メーカーもお願いします。

［朝］

洗顔　（　　）

化粧水（　　）

乳液　（　　）

美容液（　　）

オイル（　　）

クリーム（　　）

下地・UV（　　）

［夜］

クレンジング

（オイル・クリーム・ジェル・バーム）

洗顔　（　　）

化粧水（　　）

乳液　（　　）

美容液（　　）

オイル（　　）

クリーム（　　）

その他（　　）

ファンデーション（リキッド・パウダー・固形・クッションファンデ・その他　　）

ブラシ（　有　・　無　）（　チーク・ファンデーション　）

その他ポイント化粧品や美顔器等の使用があればお願いします。

（　　）