

# 美容皮膚科問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	T・S・H・R
お名前		男・女	年 月 日	年 月 日
			職業	
住 所	〒 ※番地・号室等正確にご記入ください			
携帯電話		電話番号	※日中連絡がとれる番号をご記入ください	
メール アドレス		メール送付	可 ・ 不可	

- どのような症状に対して診察をご希望されますか？  
しみ・ほくろ・いぼ・ソバカス・しわ・ニキビ・ニキビ跡・毛穴・AGA（男性型脱毛症）・  
ケミカルピーリング・医療脱毛・プラセンタ・  
その他（ ）
- それはお身体のどの部位ですか？  
顔・頭・胸・腹・背中・腕・胸・手・足・下肢・耳・首・その他（ ）
- これまで美容治療を受けられましたか？（ はい ・ いいえ ）  
他の医療機関（ ）  
エステティックサロン その他（ ）
- 3で「はい」とお答えいただいた方はご記入ください。これまで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（ ） ヒアルロン酸 ボトックス  
アートメイク（眉・口唇） 美容整形（ ） その他（ ）  
治療部位・いつ頃（ ）
- これまでにアレルギー症状がでたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）  
お薬（ ） 注射 食物（ ）  
花粉 金属（ ） 光線過敏症  
その他（ ）
- 現在治療中の病気はありますか？（ ある ・ ない ）  
病名（ ）
- 現在、お薬を飲んでいますか？（ はい ・ いいえ ）  
医療機関で処方された薬 お薬名（ ）  
市販のお薬 お薬名（ ）  
※お薬手帳をお持ち方は受付にお出してください。
- 女性の方へ ①現在は妊娠中ですか？（妊娠の可能性・妊活を含む）（ はい ・ いいえ ）  
②現在は授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）
- 男性の方へ ①近々、お子様のご予定がありますか？（ はい ・ いいえ ）
- 来院されたきっかけを教えてください。  
 広告  HP  知人のご紹介（紹介者： ）  
 通りがかり  ご近所  その他（ ）
- 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 etc）  
はい⇒（ 年 月 日 内容： ）
- スキンケア指導ご希望されますか？（ はい ・ いいえ ）

➤ 当院では個人情報保護法に基づき患者様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おります。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。

⇒お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてもよろしいでしょうか？  
（ はい ・ いいえ ）

※ 緊急の場合とは、ご予約の調整などをお願いする場合です。

スキンケア指導をご希望の方、美容自費の治療をされる方はご記入をお願いします。

お肌のお悩み(乾燥肌・ニキビ・ニキビ痕・敏感肌・脂性肌・混合肌・その他 )  
たばこ ( 吸う 吸わない )  
胃腸 ( 普通 弱い )  
便秘 ( ある ない )  
その他嗜好品 ( )

今、現在使用中の化粧品 (化粧品メーカー )

差し支えなければ( )に化粧品メーカーもお願いします。

使用中のものを○で囲んでください。

(朝)	(夜)
洗顔 ( )	クレンジング(オイル・クリーム・ジェル)( )
化粧水 ( )	洗顔 ( )
乳液 ( )	化粧水 ( )
美容液 ( )	乳液 ( )
オイル ( )	美容液 ( )
クリーム( )	オイル ( )
下地・UV( )	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) ( )	
ブラシの(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ご使用の物があれば ( )	

<スキンケア指導での提案>