

# 美容皮膚科 問診票

ふりがな		年齢	性別	生年月日	職業
お名前		才	女・男	年 月 日	
住所	〒 -			携帯	
				自宅	
保護者名		続柄		携帯	

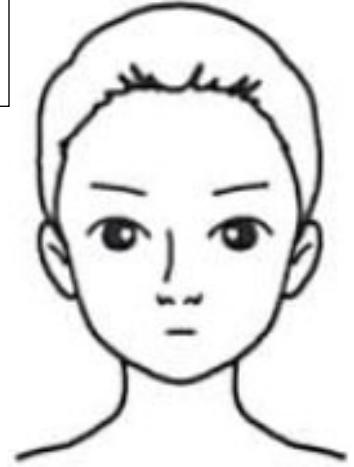
**1、どのような症状のご相談ですか？（複数選択可）**

- シミ  くすみ  シワ・ハリ  毛穴  
 赤み  アンチエイジング(美肌治療)  
 ニキビ・ニキビ跡  ほくろ  イボ  その他（ ）

 部位に○をつけて下さい →  
 ※顔以外（ \_\_\_\_\_ ）

**2、治療の回数・期間についてご希望に一番近いものを教えて下さい。**

- 最小の回数・期間で終了したい。  相談してから決めたい。  
 回数・期間にかかわらず一番効果のある治療を希望。  
 →（通院可能な頻度を教えてください 例：1か月に1回： ）



**3、治療についてご希望に一番近いものを教えて下さい。**

- できるだけ塗り薬や飲み薬など自宅でできる治療を希望。  
 クリニックで施術を受けたいが、絆創膏などの手当てが必要ない治療を希望。  
 絆創膏などの手当てがあってもよいので、一番効果のある治療を希望。

**4、今回の症状に対し他の病院などで治療したことはありますか？ いつごろ、どんな治療ですか？**

（ ない ・ ある : ）

**5、本日、お化粧を落としていただくことはできますか？**

（ できる ・ できない ） ※クレンジング・化粧水・乳液・日焼け止めはご用意がございます。

**5、普段、日焼けをする機会はありますか？（1ヶ月以内のものには下線も引いてください）**

- 趣味  仕事  スポーツ・部活動  通勤・通学  その他（ ）

**また、日光に当たったときの皮膚の反応はどうなりますか？**

- すぐ赤くなるだけ  すぐ赤くなり、少し褐色になるがすぐ消える  
 時々赤くなり、日焼けの褐色が残る  ほぼ赤くならず、すぐに日焼けの褐色になる

**6、以下に当てはまることがあればチェックをつけてください ※該当する方はこの治療を受けることが出来ません**

<input type="checkbox"/> 活動性、慢性の重度感染症 <input type="checkbox"/> 皮膚がん（皮膚がんの既往歴又は治療部位に前がん病変がある場合を含む） <input type="checkbox"/> 抗凝固薬剤使用中または血液凝固異常あり	<input type="checkbox"/> 妊娠中、授乳開始 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> ケロイド体质 <input type="checkbox"/> アルコール中毒、コントロール不良の糖尿病 <input type="checkbox"/> 治療部に金属プレート・シリコン・金の糸が入っている
--	---

**7、今回受診したきっかけを教えてください（いくつでも）**

- ホームページ  Web 広告  駅看板  道路沿いの看板  電柱広告  Web の口コミ  
 （ 家族  知人  他院\_\_\_\_\_）から紹介されて  LINE メッセージ  
 院内掲示  過去来院  通りがかり  その他（ ）