

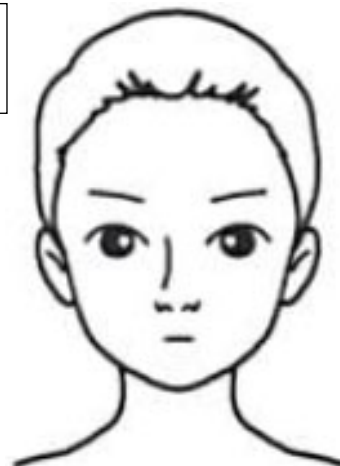
美容皮膚科 問診票

ふりがな		年齢	性別	生年月日	職業
お名前		オ	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ください。

- 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ください。

- 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"/> 妊娠中、授乳開始1ヵ月以内
<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"/> ケロイド体質
<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"/> 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（ ）