

問 診 票

診察の時にスタッフに
わたしてください

お名前（カタカナで）

● 前回の続きの方

症状は？ ○で囲んでください

良い

変わらない

悪い

良い所も悪い所もある

● お久しぶり、又は違う症状もある方

症状はいつから？

顔や体のどこに？

症状は？（かゆい、痛い、湿疹などできるだけ詳しく）

● 診察で聞きたいことがありましたらご記入ください

● お薬について

・残っているお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

・必要になるお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

● 当院では自費診療、手術・フットケアも行っています。気になることがあれば○で囲んでください。

【自費診療】 レーザー脱毛 光治療（シミ・赤ら顔） シミの塗り薬 うす毛（AGA）
ピアス 肌年齢測定 まつげ育毛剤 プラセンタ注射

【手術・フットケア】 皮膚のしこり ほくろ（レーザーも可） できもの
巻き爪 水虫チェック

● 購入したい物品はありますか？ ○で囲んで、2つ以上の方は個数もご記入ください また、お支払い方法はどうされますか？（現金・クレジットカード）

シャンプー リンス 低刺激泡フォーム（洗顔・ボディ） 日焼け止め ファンデーション
化粧品（ ） その他（ ）