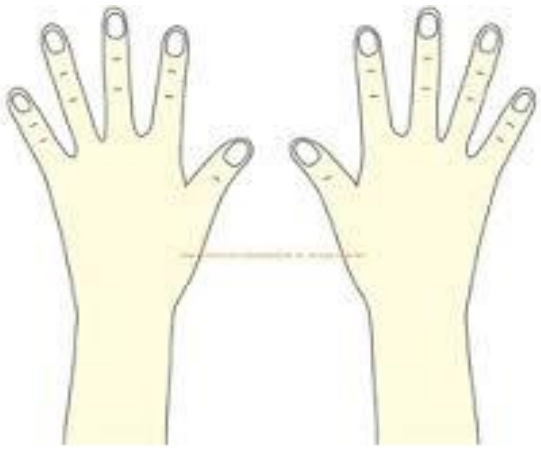
しみ治療カウンセリングシート

お名前	ふりがな	性別	生年月日
		女・男	M・T・S・H　　年　　月　　日（　　才）
ご住所	〒		電話

①治療をご希望される部位はどこですか？



②しみ治療は、原則、保険外治療になりますがよろしいですか？　　はい　・　いいえ

③今までに何か治療したことはありますか？（現在も含め）〇をお付け下さい。

エステ　・　美容外科　・　レーザー治療　・　その他（　　）

→　内容　（　　）

時期　（　　）年前　・　ヶ月前

期間　（　　）年間　・　ヶ月間

④健康状態について当てはまるものに〇をつけ、ご記入下さい。

- 既往歴　　なし　・　あり　（病名：　　）
- アレルギー　　なし　・　あり　（病名：　　）
- 薬・サプリメント　なし　・　あり　（名前：　　）
- 妊娠の可能性　　なし　・　あり　妊娠（　　）ヶ月目
- 授乳　　なし　・　あり

⑤シミ治療は遮光がとても大事になります。生活状態について、当てはまるものに〇を付けて下さい。

- 日中の外出　　なし　・　あり　→　時間帯　：　（　　）時～（　　）時頃
  週に（　　）日程度
- 運動の有無　　なし　・　あり　→　屋内　・　屋外
  何を　（　　）

⑥2，3ヶ月以内に何か大事なご予定はありますか？（結婚式、成人式、同窓会etc）

なし　・　あり　→　何が（　　）　いつ頃？（　　）

⑦始める前にお化粧なしで写真を撮ります。本日より治療を希望しますか？
（洗顔やその後のメイクの必要な方はお声掛けください）

希望する　　・　　今日は話のみで次回から希望する（初診料はかかります）

裏面に続く→

【ここからは、スキンケアについてお聞きします。当てはまるものに☑を入れて下さい。】

⑧顔をどう洗いますか？

□　ぐいぐい力を入れて洗う　　□　丁寧に少し力を入れて洗う　　□　優しく撫でながら洗う

□　泡をつぶさないように顔から少し手を浮かせて洗う　　□　その他（　　）

⑨洗顔後のスキンケアは何種類使いますか？当てはまるものを全て選んで下さい。

□　化粧水　　□　乳液　　□　美容液　　□　美白クリーム　　□　保湿剤

□　その他　（　　）

⑩化粧水・乳液・日焼け止めなどをどう塗りますか？当てはまるもの全て選んで下さい。

□　コットンを使う　　□　手全体でななでながら　　□　手の平で包むようにのせる　　□　マッサージしながら

□　ゴシゴシこすりながら　　□　しみ込むようにたたいて　　□　１，２本の指でさっと伸ばす

□　その他（　　）

【今後の治療についてお聞きします。説明用紙をお読みの上、お答えください。】

⑪美白効果の高いトレチノイン・ハイドロキノンは個人差はあるものの、最初の数週以内に肌が少し荒れたり、赤みが出ます。ほとんどの方は慣れて肌が回復するとともにシミも薄くなることが多いですが、このようなことがあっても問題ないですか？

問題ない　　・　　少しでも困る

⑫トレチノインは、始めてから１～２週で肌の状態を確認します。そこでの再診はできますか？

できる　　・　　難しい

⑬シミを薄くする飲み薬があります。ご希望されますか？

一番お勧めする飲み薬　：　トラネキサム酸錠（1日1000ｍｇ、１４日分）　1,500円（税抜）

次にお勧めする飲み薬　：　シナール錠（ビタミンC）（1日1000ｍｇ、１４日分）　1,200円（税抜）

トラネキサム酸希望　　・　　トラネキサム酸とビタミンC希望　・　ビタミンC希望　・　希望しない

⑭美白効果のあるハイドロキノン含有のコンシーラーは、シミを薄くして隠し、紫外線から守ることが出来ます（ＳＰＦ50）。ご希望されますか？

コンシーラー希望　　・　　見てから検討　　・　　希望しない

⑮当院で扱っている製品について、ご希望されますか？【化粧水・保湿・美容液・日焼け止め等】

購入希望　・　話を聞いてみたい　・　希望しない

⑯他に何かお聞きになりたいことがあれば、ご記入ください。

（　　）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。