

ID:

年 月 日

問診票

住所： 〒 -

フリガナ

男性 電話番号(自宅)： - -

氏名： 女性 電話番号(携帯)： - -

生年月日： T S H R 年 月 日 年齢： 歳

ご職業：

●現在妊娠中 (はい カ月・いいえ)

●現在授乳中 (はい・いいえ) お子さんの月齢 (歳 か月)

●今後妊娠のご予定はありますか? (はい・いいえ)

●15歳未満の方は体重を教えてください (kg)

皮膚科に関する症状を教えてください

●本日はどのような症状で受診されましたか?

()

●その症状はいつからありますか?

()

●その症状はどの部位にありますか? ()

●その症状で治療を受けたことがありますか? (はい・いいえ)

●はいの方はどちらの病院に通院されていますか? ()

●その症状で治療中の方はどんな薬をもらっていますか?

()

●お薬手帳 (あり・なし) ※ありの方は診察室で提示して下さい。

皮膚科以外の今までにかかったことがあるご病気について教えてください

●今までにかかったことがある病名・治療内容を記入してください。

()

●現在治療中の病気ありますか? (はい・いいえ)

(病名:)

(治療内容・薬の名前:)

●体内に金属 (ペースメーカー・金の糸など) はありますか?

(はい・いいえ)

●アレルギーはありますか? あれば記入してください。(食物・金属・薬など)

()

●現在タバコを吸っていますか? (はい・いいえ)

お顔の症状・美容診療で受診の方は裏面もご記入下さい。

美容施術を受けるためにいくつかご記入ください。

●医師から、美容診療に関する説明をご希望されますか？ (はい・いいえ)

※美容診療受けられる方は初診料3,000円+税がかかりますのでご了承ください。

●朝の洗顔は洗顔フォームや石鹸などを使用しますか？ (はい・いいえ)

●夜のクレンジングと洗顔はダブルで行いますか？ (はい・いいえ)

●現在使用している基礎化粧品をメーカー名含め具体的に記入して下さい。

洗顔 () クレンジング () 化粧水 ()

乳液・クリーム・美容液等 ()

日焼け止め () ファンデーション ()

その他 ()

●お肌のために気を付けていること（生活・食事・サプリメント・ケアなど）

()

●美容外科・美容皮膚科・エステなどで施術を受けられたことはありますか？ (はい・いいえ)

はいと答えた方は施術内容を記入してください。 ()

●日焼け止めの塗り直しはしますか？ (はい・いいえ)

●通勤方法 () 所要時間 () 出勤時刻 () 帰宅時刻 ()

●長時間屋外で過ごされますか？ (はい・いいえ) 活動内容 ()

●学生時代屋外で過ごすことは多かったですか？ (はい・いいえ) 活動内容 ()

●今後大事なご予定はありますか？ (はい・いいえ)

はいと答えた方はどのようなご予定ですか？（同窓会・結婚式・披露宴など）

()

下記内容に該当する場合は□にチェックしてください。

妊娠中 妊娠希望 授乳中 リウマチの方、金製剤の服用歴がある 膠原病・癌

日光・光過敏症 顔に肌色や白色の刺青を入れている

抗凝固剤（バイアスピリン・ワーファリン等）飲まれている

出血性疾患を有する ペースメーカーやボルト等体内に金属が入っている

インプラント（シリコン・金の糸など）を挿入している 過去に化粧品にかぶれたことがある

1か月以内に施術部位の日焼けをした、または日焼けする予定がある

アートメイクをしている（部位 ()）

●美容診療を受けられるにあたり上限金額のご希望等ありますか？ (はい・いいえ)