美 容 皮 膚 科 問 診 票

フリガナ		生年月日（大正･昭和・平成・令和）	年齢	性別
お名前		年　月　日	歳	男・女
ご住所	〒（　-　）			
ご職業		電話番号		

該当する項目に☑をつけてご回答ください。

1．どのような症状に対して診察をご希望されますか？

□シミ・そばかす・肝斑　□シワ・ハリ　□たるみ　□赤ら顔　□まつ毛貧毛症
□レーザー脱毛　□ピアス　□薄毛・AGA　□その他（　　）

2．部位はどこですか？

□顔　□頭　□わき　□胸　□腹　□背中　□うで　□手　□下肢　□足
□ヒゲ　□耳　□首　□VIO　□その他（　　）

3．その症状でこれまで治療を受けられたことがあればご記入ください

どこで：　□他の医療機関　□エステティックサロン　□その他（　　）
どんな：　□レーザー　□ケミカルピーリング　□外用薬
　　□内服　□その他（　　）
いつ頃：　（　　）

4．アレルギーをお持ちの方はご記入ください

□ぜんそく　□薬剤（　　）　□食物（　　）　□ケロイド体質
□光線過敏　□金属（　　）　□その他（　　）

5．女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？

□いいえ　□妊娠の可能性あり　□妊娠（　　）ヶ月　□授乳中

6．現在治療中の病気、内服しているお薬があればご記入ください　※お薬手帳があれば提示をお願いします

（　　）

7．今後大切な行事のご予定がある方はご記入ください（例：結婚式、〇月〇日など）

（　　）

8．お顔を診察を受ける方は正確な診断のため、お化粧を落とした状態で診察を受けていただきます。

（クレンジングなどをご希望の方は受付にお申し出ください）

□本日はどうしてもお化粧を落とすことができないので、このまま診察を受けることを希望します

9．診断や治療（希望の施術名など）に関してご要望があればご記入ください

（　　）

10．来院されたきっかけを教えてください

□ホームページ　□ご家族が通院されている　□紹介（知人・病院：　　）
□広告を見た　□看板を見た　□その他（　　）

おおはし皮ふ科クリニック