

# 美容皮膚科 問診票

ふりがな		男 ・ 女	ご職業	
お名前			生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 ( 歳 )
住所	〒		電話	

美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適応外となります。(初診 3,000 円、再診 2,000 円)

お顔のご相談は、化粧を落とした状態で診察させていただきます。クレンジングなどが必要な方は受付にお申し出下さい。

<p>1. お悩みは何ですか？ 当てはまる症状と、症状の出ている箇所 (右の絵)に○をつけて下さい。</p>	<p>シミ・そばかす・くすみ 肝斑・たるみ・しわ レーザー脱毛・多汗症 脱毛症(薄毛)・ピアス その他 [ ]</p> 
<p>2. 今まで何か治療を受けましたか？</p>	<p>シミ取りレーザー・ピーリング・IPL光治療 ボトックス・金糸治療・ハイドロキノロン トレチノイン・その他 ( )</p>
<p>3. 過去の治療で副作用が生じたことはありますか？</p>	<p>なし ・ あり ※「あり」の方は以下もご記入下さい。</p>
<p>4. 現在治療中の病気や内服薬はありますか？</p>	<p>なし ・ あり ※「あり」の方は以下もご記入下さい。</p> <p>病 名 ( )</p> <p>薬剤名 ( )</p>
<p>5. 薬・食品・光線過敏症などのアレルギーはありますか？</p>	<p>なし ・ あり ※「あり」の方は以下もご記入下さい。</p>
<p>6. どのぐらいの間隔で治療に通えますか？</p>	<p>2 週間隔 ・ 4 週間隔 ・ 6 週間隔 ・ それ以上</p>
<p>7. 近いうちに大切な予定がありますか？ (結婚式・旅行・同窓会など)</p>	<p>なし ・ あり ※「あり」の方は以下もご記入下さい。</p> <p>月 日頃</p> <p>行事 ( )</p>
<p>8. 普段のスキンケアにお使いのものを○で囲んで下さい。 クレンジング ・ 洗顔 ・ 化粧水 ・ 乳液 ・ 美容液 ・ クリーム ・ UVカット</p>	
<p>9. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？</p>	<p>いいえ ・ はい</p>
<p>10. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ 近所に在住(通勤・通学路) ・ ホームページ ・ 看板 ・ 知人の紹介 他の医療機関からの紹介 ・ その他 ( )</p>	