

# 美容皮膚科 問診票

年 月 日

ふりがな			男・女	年齢	歳
氏名	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
住所	〒 -				
電話番号	携帯:	自宅:	職業		

① 本日ご来院いただいた理由についてお聞かせください（複数回答可）

- しみ そばかす 肝斑 ニキビ・ニキビ跡 しわ  
あざ 毛穴 たるみ ほくろ できもの 赤ら顔 ピアス  
医療脱毛レーザー AGA・薄毛 多汗・わきが プラセンタ  
その他( )



② 上記の症状で、今までに治療や美容施術を受けられたことがありますか？

- いいえ はい  
 (いつ頃: )  
 (治療/施術内容: )

③ 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい ※お薬手帳の提示をお願いします

「はい」の方→病名:  
現在内服中・外用中の薬:

④ アレルギーをお持ちですか？ いいえ はい

- ぜんそく アトピー 金属 花粉( ) 食物( )  
薬剤( ) 光線過敏症 その他( )

⑤ 【女性の方で該当される方のみお答えください】 現在妊娠している可能性はありますか？

- いいえ 可能性あり 妊活中 妊娠( )ヶ月(出産予定日 月 日) 授乳中

⑥ 今後大事なご予定(結婚式、ご旅行、同窓会など)は、ありますか？

- いいえ はい

⑦ レーザーの種類によっては、照射後のダウンタイム(数日～2週間程度の赤み・腫れ・かさぶた等)が出現する可能性があります。ダウンタイムがある施術は可能ですか？ はい いいえ

⑧ その他、診療や治療に関するご要望、ご興味のある施術があればご記入ください

ご協力ありがとうございました。

影山皮膚科クリニック