

美容皮膚科 問診票

年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。差し支えない範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

NO. _____

受診者氏名 (かかると)	ふりがな ----- 男・女	ご職業	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	歳	
現住所	(〒 -)		
電話番号	自宅 () -	携帯 ()	-

●現在気になる症状をご記入ください (脱毛希望、しみ、ニキビ、ニキビ跡、たるみ など)

{ _____ }

●体内に金属は入っていますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・部位：

{ プレート・金の糸・電子インプラント・ペースメーカー・その他 () }

●現在治療している病気・ケガはありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・病名：

●常用している内服薬・塗り薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・薬品名：

●今までに病気にかかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・ { 癌・心臓病・糖尿病・高血圧・膠原病・肝臓病・腎臓病・関節リウマチ・喘息・アトピー性皮膚炎
緑内障 その他 () }

●薬・食べ物によるアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・名称：

●今までにかぶれたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・ { 石鹸・化粧品・絆創膏・消毒薬・その他 () }

●今までに血が止まりにくかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

●今までにケロイド体質と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

●今までに意識を失ったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

●今までに麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

●現在、妊娠・授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

●親族に大病をした方はみえますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・ { 癌・心臓病・糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・その他 () }

●1ヶ月以内に行事予定はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・ { 結婚式・旅行・パーティー・その他 ()
予定日 (頃) }

●【脱毛をされる方へ】当院に来院するまでの脱毛歴はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方・・・ { 医療レーザー脱毛・サロン光脱毛・針脱毛 }

脱毛部位：

脱毛回数：

・施術結果はいかがでしたか？

{ 非常に減った・ある程度減った・少し減った・ほとんど変わらない }