問診票（美容皮膚科）

平成　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S・H 年　月　日	
住所	〒（　　ー　　）			
電話番号	自宅： 携帯：	身長：　cm 体重：　kg		

1. お悩みがあるのはいつからですか？

☐（　　）日前から　☐（　　）週間前から　☐（　　）か月前から　☐（　　）年前から

2. どのような症状ですか？

☐しみ・そばかす・肝斑　☐ほくろ・できもの　☐しわ　☐ニキビあと　☐毛穴

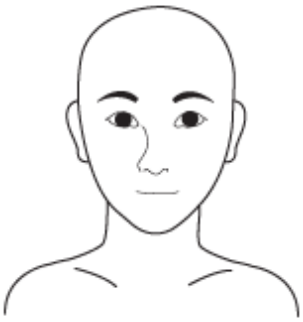
☐赤ら顔　☐あざ　☐ファッションTatoo　☐脱毛症・薄毛　☐美容点滴・プラセンタ

☐ピアス　☐多汗　　その他（　　）

3. その症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？　→　☐いいえ　☐はい

はいの方→（　　）

4. 体の部位はどこですか？（右図に印をつけてください）



☐顔　☐頭　☐胸　☐腹　☐背中　☐腕

☐手　☐足　☐わき　☐耳　☐首

その他（　　）

5. 現在治療中の病気はありますか？→　☐いいえ　☐はい

はいの方→（　　）

6. お薬や食物・金属のアレルギーをお持ちですか？　→　☐いいえ　☐はい

☐薬剤（　　）　倒れた　・　発疹

☐食物（　　）　☐金属（　　）　☐その他（　　）

7. 女性の方で該当される方のみご記入ください。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　☐妊娠　　ヶ月　☐授乳中

8. 今後何か大事なご予定はございますか？　→　☐いいえ　☐はい

はいの方→　予定日（　　／　　）　内容：

9. お顔の診察を希望される方へ　本日お化粧をしていますか？→　☐いいえ　☐はい

はいの方→お化粧を落としていただくことはできますか？→　☐いいえ　☐はい

10. 化粧品のご紹介、サンプルは必要ですか？→　☐いいえ　☐はい

11. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

※　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　　その他（　　）

ご協力ありがとうございました。

大城皮フ科クリニック