

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	M・T・S・H・R	年 月 日
住所	〒 (-)			
電話番号	自宅： 携帯：	職業：	紫外線を浴びる機会 多い ・ 少ない	

1. 本日まで来院いただいた理由についてお聞かせ下さい。(複数回答可)

気になる部分を右の図に書き込んでください。

- シミ・そばかす・肝斑 シワ ニキビ・ニキビ跡 あざ 毛穴
たるみ ほくろ できもの 赤ら顔 多汗・わきが AGA・薄毛
医療脱毛レーザー 美容注射・美容点滴 ピアス タトゥー除去
ボトックス注射 ヒアルロン酸注射 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はありますか？

- いいえ はい (いつ頃： どこで：)
 (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致します

「はい」の方 → 病名：

内服・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 妊活中 妊娠中 (妊娠 ヲ月 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 (ご予定の日程・内容：)

7. 現在お使いの基礎化粧品にご満足されていますか？

- はい いいえ (どのような点で不満をお持ちですか？：)

8. 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・かさぶたなど)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

9. ご興味のある施術(レーザー、注射など)があればお書きください。

10. 来院されたきっかけを教えてください。

- ホームページ 看板 タウン誌 ご家族様の紹介 紹介(知人・病院：)
ライン インスタグラム ブログ その他 ()

ご協力ありがとうございました。

大城皮膚科クリニック