

# ◆美容皮膚科問診票◆

ID( ) 氏名( ) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

## ■本日はどのような様なお相談内容でご来院されましたか？

しみ・肝斑・くすみ・しわ・たるみ・毛穴・にきび・脱毛・若返り・薄毛  
ダイエット・肩こり・腰痛・関節痛・ピアス・プラセンタ注射・ビタミン点滴・コスメ  
無料カウンセリング その他( )

## ■ご希望の施術はございますか？

フォトセラピー(光治療)  光脱毛  
 ケミカルピーリング  マッサージピール  
 超音波クレンジング+イオン導入  超音波クレンジング+エレクトロポレーション  
 リフトアップ  医療用EMS(痩身・電機治療)

## ■下線のある施術を希望された方

具体的な部位をご記入ください( )

## ■美容皮膚科、エステ等で施術をされたことはありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方  
時期( ) 施術内容( )  
時期( ) 施術内容( )

## ■現在治療中のご病気はございますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方( )

## ■内服しているお薬はありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方( )

## ■過去に大きな(手術・入院など)病気をしましたか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方( )

## ■今までにお薬・注射による副作用がありましたか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方( )

## ■アレルギー、光線過敏症はありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方( )

## ■現在妊娠していますか？

はい  いいえ  不明  予定している  可能性がある  授乳中である

## ■日光によくあたることはありますか？(屋外での仕事、スポーツ等) はい・いいえ

## ■下記のような方は必ずお知らせして下さい。

心疾患  高血圧  化粧品でかぶれたことがある  治療部に傷痕や化膿がある  
 ケロイド体質  人工的に皮膚を着色している(アートメイク、入れ墨など)  
 ウイルス性肝炎やその他の感染症がある(具体的に )

## ■当院を何で知りましたか？

ホームページ・看板・知人の紹介( )・通りがかり・口コミサイト  
その他( )