

問診表

診察をスムーズに行うためにご記入をお願いします。

フリガナ 氏名				男・女
	生年月日	T・S・H	年 月 日生 (才)	
〒	-			
ご住所				
TEL(自宅)	TEL(携帯)			

*当院の治療機種は非常に精密なものが多く万が一の場合、ご予約の時間の変更をおねがいすることがあります。もしよろしければ携帯電話等の番号をご記入ください。

1. どのようなご相談ですか？

 - ・シミ、ソバカス
 - ・くすみ
 - ・しわ・たるみ
 - ・毛穴の開き
 - ・オイリー肌
 - ・ニキビ・跡
 - ・ドライ肌、アトピー
 - ・ダイエット
 - ・その他 ()
2. 特にご希望の治療はありますか？

 - ・シミ取りレーザー
 - ・ほくろ取り
 - ・ケミカルピーリング
 - ・フォトフェイシャル
 - ・注射(プラセンタ、ビタミンC)
 - ・ボトックス
 - ・ダイエット薬
 - ・ヒアルロン酸注入
 - ・その他 ()
3. 上記のお悩みに対して過去におこなったことのある治療やお手入れがありましたらご記入ください。
4. 生活習慣・身体状態についてご記入ください。

喫煙 無 ・ 有 (1日 本 年間)

睡眠 時 ~ 時 (平均 時間)

運動 内容 () ・特になし

ストレス 有 ・ 無 ・時々有

便秘 有 ・ 無
5. 皮膚はかぶれやすいですか？

はい ・ いいえ
6. 薬のアレルギーはありますか？

はい () ・ いいえ
7. 日焼けするとどうなりますか？

 - ・赤くなるだけ
 - ・赤くなって黒くなる
 - ・赤くならず黒くなる
8. 日焼けの後、はれかゆみ等がおきたことがありますか？

はい ・ いいえ
9. 傷あとが盛りあがった(ケロイド)ことがありますか？

はい ・ いいえ
10. 現在、病気で通院中ですか？

はい(病名:) ・ いいえ
11. 他に持病はありますか？

はい ・ いいえ
12. 常用している薬はありますか？

はい(薬名:) ・ いいえ
13. 生理は順調ですか？(女性のみ)

はい ・ いいえ
14. 最終月経はいつでしたか？(女性のみ)

月 日から 日間
15. 妊娠している可能性はありますか？(女性のみ)

はい ・ いいえ
16. 以前美容治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ
17. 16で、はいの方のみにお聞きします。
どのような治療を受けられましたか？
18. 治療後の経過は良好でしたか？

はい ・ いいえ