

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男	ご職業			
お名前		・	生年月日	西暦	年 月 日 (歳)	
			電話番号			
住所	〒				身長： cm	体重： kg
					体温： °C	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

同意した 同意していない

治療・治療費の希望にそれぞれチェックをお願い致します。

気になる症状すべてに対しての検査や治療を希望 すべて保険で治してほしい
 今気になる症状に対してのみの検査や治療を希望 必要に応じて保険外も検討

お悩みの症状は何ですか？ またその症状はいつからですか？

()

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 癌 喘息 脳出血/脳梗塞
 不整脈 痛風 アトピー性皮膚炎 その他 ()

ご家族の方で現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 癌 喘息 脳出血/脳梗塞
 不整脈 痛風 アトピー性皮膚炎 その他 ()

過去に手術を受けられたことはありますか？ ※ありの場合はどんな手術か記入して下さい。

なし あり ()

現在服用中のお薬はありますか？ ※ありの場合は記入して下さい。

なし あり ()

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし 日光 アトピー性皮膚炎 アルコール 金属 花粉
 薬・食べ物・その他 ()

該当するものにそれぞれチェックをお願い致します。

●お酒はのみますか？

飲まない 飲む → 週 () 日 1日の摂取量 ()

●たばこは吸いますか？

吸わない 吸う → 1日 () 本 禁煙した (いつ頃：)

●妊娠中・授乳中ですか？ いいえ わからない はい () 週目 授乳中

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

・ホームページ ・Instagram ・キレイパス ・イーパーク ・ビル内の施設を利用中
 ・メディカルドック (まとめサイト) ・知人の紹介 (ご紹介者様名：)
 ・その他 ()

美容皮膚科 問診票

令和 年 月 日

お名前：

美容皮膚科のご相談・治療はすべて保険適応外となります。(初診 3,300 円・再診 2,200 円)

お顔のご相談は、化粧を落とした状態で診察をさせていただきます。

気になる箇所にチェックをお願い致します。

- シミ 肝斑 くすみ そばかす 毛穴 たるみ しわ
乾燥 ニキビ ニキビ跡 レーザー脱毛 多汗症
その他 ()

お悩みの箇所はどこですか？

()

ご希望の治療があればチェックをお願い致します。

- ハイフ ピコレーザー 水光注射 ピーリング レーザー脱毛 点滴
その他 ()

今までに何か治療を受けたことがある方は下記に記入をお願い致します。

場所：医療機関・エステサロン・その他 ()

- シミ取りレーザー IPL 光治療 脱毛 ピーリング ボトックス
金糸治療 ハイドロキノン トレチノイン
その他 ()

時 期 ()

回数・期間 ()

過去の治療で副作用が生じたことはありますか？

- なし あり ※ありの方は下記もご記入ください。

()

どのくらいの間隔で治療に通えますか？

- 2週間隔 4週間隔 6週間隔 それ以上

いつまでに結果が出てほしいですか？

()

今後、何か大事なご予定はありますか？

- なし あり ※ありの方は下記もご記入ください。

いつ () どのような ()

普段お使いのスキンケアを詳しく教えてください。

朝：クレンジング・洗顔・化粧水・美容液・乳液・クリーム・UV カット

夜：クレンジング・洗顔・化粧水・美容液・乳液・クリーム・UV カット