

美容皮膚科問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢	性別
お名前		T・S・H 年 月 日		男 ・ 女
ご住所	〒			
携帯電話			ご職業	

1. どのような症状に対して診察をご希望ですか？

- しみ そばかす しわ ニキビ ニキビ痕 くすみ 毛穴
赤ら顔 たるみ ホクロ 多汗症 薄毛 ピアス 巻き爪
AGA(男性型脱毛症) その他()

2. ご希望の施術はどちらになりますか？

- ミルクピール ミラノ・リピール フォトフェイシャル ボトックス
ヒアルロン酸 ピコレーザー ダーマペン CO2レーザー
ウーバーピール MPガン(メソガン) ハイドラブースター AGA治療薬
にんにく注射 プラセンタ注射 高濃度ビタミンC点滴
ピアス 爪矯正

3. 症状に対して、これまで治療を受けたことはありますか？

- はい いつ頃() 医療機関で エステティックサロンで
どのような治療()
いいえ

4. 麻酔アレルギーはありますか？

- はい いいえ

5. 現在治療中の病気はありますか？

- はい 病名()
ウィルス性肝炎, AIDS, その他感染症

6. 現在服用中のお薬はありますか？

- はい 薬品名() *お薬手帳をお出し頂いても結構です。
いいえ

8. 女性の方はお答えください。

- 妊娠中(週 / ヶ月) 妊娠の可能性あり 妊娠していない 授乳中

9. あなたは日光を浴びた場合どちらのスキントイプになりますか？

- スキントイプⅠ (赤くなるだけで茶色くならない)
スキントイプⅡ (赤くなってから茶色くなる)
スキントイプⅢ (赤くならず茶色くなる)

10. 当院にご来院されたきっかけを教えてください。

- 知人の紹介(様) ホームページ 駅看板
通りすがり その他()

ご協力ありがとうございました
さくら皮膚科 院長 小岩克至