

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		S・H・R 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 ニキビ痕 くすみ 肝斑 毛穴 赤ら顔 たるみ
できもの 薄毛 ピアス AGA(男性型脱毛症) その他()

2. 症状に対してご希望の治療に○をつけて下さい。

- ① 受けたい施術が決まっている ② お勧めの施術希望

①を選ばれた方は、どちらの施術をご希望になりますか？

- ミルクピール ミラノ・リピール フォトフェイシャル ピコレーザー
ハイドラブースター ダーマペン4 MPガン ボトックス ヒアルロン酸
プラセンタ注射 にんにく注射 高濃度ビタミンC点滴 CO2レーザー
ピアス ハイフ

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 症状() いいえ

5. 現在治療中の病気はありますか？

- はい 病名() いいえ

6. 現在服用中のお薬はありますか？ *お薬手帳をお出し頂いても結構です。

- はい 薬品名() いいえ

7. あなたは日光を浴びた場合どちらのスキントypeになりますか？

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

8. ホームケアは何をされていますか？

- クレンジング 洗顔 化粧水 美容液 クリーム パック その他()

9. 施術に対しての1ヶ月のご予算を記載して下さい。

- ~3万円 ~5万円 5万円~

10. ご来院できる回数はどのくらいですか？

- 週1回 2週間に1回 1ヶ月に1回

11. 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 JR藤沢駅看板 小田急藤沢駅看板
クチコミ ブログ インスタグラム 通りすがり ご家族が通っている
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