

美容皮膚科問診票

平成 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	〒			
電話番号		携帯電話		
E mail		ご職業		
メールの送付(キャンペーンなど)		希望する	・	希望しない

1.どのような症状に対して診察をご希望されますか？

- しみ そばかす しわ にきび にきび痕 くすみ 毛穴
赤ら顔 たるみ ほくろ 多汗症 薄毛 ピアス 巻き爪
美容注射・点滴 AGA(男性型脱毛症)
その他()

2.その症状に対して、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

3.今までお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

- はい→(飲み薬, 塗り薬, 注射, 食べ物)で
 (倒れた, 発疹がでた, 息苦しくなった, 意識がなくなった)
いいえ

4.麻酔アレルギーはありますか？

- はい いいえ

5.金属アレルギーや光線過敏症はありますか？

- (金属) はい いいえ (光線過敏症) はい いいえ

6.現在治療中の病気はありますか？

- はい 病名() いいえ

7.現在内服しているお薬はありますか？ お薬手帳をお出しいただいても結構です。

- はい 薬品名() いいえ

8.女性の方はお答えください。

- 妊娠中 妊娠の可能性あり 妊娠していない 授乳中

9.下記のようなことはありますか？

- 化粧品でかぶれたことあり()
治療部に傷跡や化膿がある 人工的に皮膚を着色している(入れ墨など)
ケロイド体質 ウイルス性肝炎, AIDS, その他感染症あり

10.あなたのスキントイプはどれですか？

- 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)

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 駅看板
バス車内ステッカー 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