

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	〒			
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 エレクトロポレーション フォトフェイシャル ボトックス
ヒアルロン酸 リジュラン 脂肪溶解注射 CO2レーザー
にんにく注射 プラセンタ注射 高濃度ビタミンC点滴 美容点滴
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？ *お薬手帳をお出し頂いても結構です。

- はい 薬品名() いいえ

8. 女性の方はお答えください。

- 妊娠中(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になる)
スキントype III (赤くならず茶色になる)

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