

【美容皮膚科問診票】

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成		
お名前		年	月	日	歳 男・女
ご住所	〒				
電話番号		携帯電話		ご職業	
メールアドレス	@				
DM(キャンペーンの内容など)の送付先		自宅に発送希望・メール希望・希望しない			

当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。

それに伴い、下記の点について、ご要望をお聞かせ下さい。

⇒お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてもよろしいでしょうか（はい・いいえ）

(緊急の場合とは、機械の故障や、予定外の休診などの事態が起こった場合にご予約の調整をお願いする場合です。)

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・ほくろ・ソバカス・しわ・ニキビ跡・毛穴・あざ・刺青(タトゥー)除去・レーザーピーリング
 フォトRF・ボトックス注射・ヒアルロン酸注射・ヒューマンコラーゲン・ケミカルピーリング・レーザー治療
 レーザー脱毛・ピアス・美容点滴・AGA(男性型脱毛症)・メディカルエステ
 その他()

② それはお身体のどの部位ですか？

顔 頭 胸 腹 背中 腕 手 足 下肢 耳 首 その他()

③ その症状に対してこれまでに治療を受けられましたか？

はい⇒ 他の医療機関で・エステティックサロンで・その他()・いいえ

④ ③ではいとお答えいただいた方はお答えください。これまでどのような治療を受けたことがありますか？

() いつ頃()
 () いつ頃()

⑤ 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・注射・食べ物・倒れた・発疹が出た・その他()・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の種類と服用開始の時期について教えてください。他院からの薬剤一覧表をお出し頂いても結構です 薬品名() 開始時期()

⑧ 女性の方はお答え下さい

妊娠中である・妊娠の可能性がある・妊娠していない・授乳中である

⑨ 当院に来院されたきっかけは？

知人の紹介()様・病院からの紹介()病院・
 広告を見た()の広告を見て・ホームページを見た
 その他()

⑩ 今までに当院に来院されたことは、ありますか？

はい⇒ いつ頃ですか()・いいえ

⑪ 今後何か大事なご予約はありますか？(同窓会・成人式・披露宴etc)

はい()・いいえ