

美容皮膚科問診票

当院では、診療をより効果的にする為に、患者様一人一人のカルテを作っています。

そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願い致します。

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住所	〒			
連絡先 (自宅/携帯)	必ず日中連絡のつく電話番号をご記入ください /	職業	できるだけ具体的にご記入ください	

美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適応外となります。同一日に保険診療はできませんのでご了承ください。

(混合診療に抵触する可能性があるため)

1. どのような症状に対して診療を希望されますか？

☐しみ・そばかす・肝斑 ☐ほくろ・できもの ☐たるみ ☐にきび痕 ☐毛穴 ☐赤ら顔 ☐薄毛
☐美容点滴・プラセンタ ☐レーザー脱毛

2. その症状があるのはいつからですか？

☐生まれた時から ☐ () 日前から ☐ () 週間前から
☐ () か月前から ☐ () 年前から

3. 部位はどこですか？(顔の場合は図に印をつけてください)

☐顔 ☐頭 ☐胸 ☐お腹 ☐背中 ☐腕 ☐手 ☐足 ☐脇 ☐耳 ☐首
☐その他()



4. その症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？

☐いいえ ☐はい → ☐他の医療機関 ☐エステティックサロン ☐その他()

5. 4で「はい」とお答え頂いた方はご記入ください。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: 内容:)

6. 以下に当てはまることがあればチェックをつけてください

☐現在日焼けをしている ☐ケロイド体質 ☐光線過敏症

7. 化粧品、外用薬でかぶれたことはありますか？ → ☐いいえ ☐はい()

8. 入れ墨、アートメイク、金の糸をされていますか？ → ☐いいえ ☐はい()

9. 現在治療中の病気や、過去に大きな病気をしたことがありますか？

→ ☐いいえ ☐はい()

10. 現在内服しているお薬(処方薬・市販薬)やサプリメントはありますか？

→ ☐いいえ ☐はい(☐お薬手帳持参)

11. お薬や食物、金属のアレルギーをお持ちですか？ → ☐いいえ ☐はい()

12. 今後何か大事な予定はありますか？(結婚式、旅行、写真撮影など)

→ ☐いいえ ☐はい(予定日: 内容:)

13. 女性の方にお聞きます。現在、妊娠している可能性はありますか？授乳はしていますか？

→ ☐可能性なし ☐可能性あり ☐妊娠 か月(予定日 年 月 日) ☐授乳中

この問診票にご記入いただきました個人情報は、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。

①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため ②カルテへの記載 ③他医療機関などとの連携・情報交換

同意できない事項がある場合はお知らせください。

