

美容皮膚科 問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ お名前	生年月日
男・女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒	お電話番号 携 帯: () ご自宅: ()
ご来院のきっかけ インターネット検索・バス広告・新聞折込チラシ・ポスティングチラシ・お知り合いから紹介() 他院からの紹介状・以前からの継続・電柱広告・近くを通りかかって・その他()	

1.お肌のお悩みをお聞かせ下さい（該当するものに○、またはご記入下さい）

- ・たるみ ・しわ ・ほうれい線 ・目周りの小じわ ・フェイスライン ・二重あご
 ・シミ(肝斑) ・くすみ ・赤ら顔 ・ニキビ ・色素沈着 ・そばかす ・毛穴 ・ハリ
 ・その他()

2.ご希望のメニューをお聞かせ下さい（□にチェックをお願い致します）

- ハイフ全顔照射(+オプション あご下 首) ハイフシャワー® ハイフアイシャワー®
 ハイフディープシャワー®
 IPL 光治療全顔照射 IPL 光脱毛 アイリッドスパ アイリッドスパ〈ショート〉
 Q スイッチヤグレーザー
 (シミ治療 ルートロピール スペクトラピール デュアルピール ルートロトーニング)
 マッサージピーリング サリチル酸マクロゴールピーリング ダーマペン
 プラセンタ注射 美白注射 ビタミン注射 白玉点滴
 イオン導入(オプション) 毛穴吸引(オプション)

3.今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

なし・あり（具体的に:)

4.現在服用している薬および外用薬はありますか？

処方薬: なし・あり（薬品名:)(薬品名:)

5.アレルギーはありますか？

なし・あり（具体的に:)

6.女性の方にうかがいます

妊娠の可能性はありますか？（なし・あり）

7.個人情報に配慮した上で、画像やデータを学会等の症例報告に使用することに同意して頂けますか？ はい・いいえ