

美容皮膚科問診票

ID: _____ 年 月

ふりがな			性別	男 ・ 女		
お名前			妊娠	有 ・ 無	授乳	有 ・ 無
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
住所	〒					
電話	携帯		自宅			
未成年者のみ記入	保護者氏名		保護者電話番号			
【当クリニックをどこで知りましたか？】						
<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介（お名前： _____） <input type="checkbox"/> インターネット（ホームページ）で検索 <input type="checkbox"/> 駅広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介（病院名： _____） <input type="checkbox"/> 家や職場が近かった <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
いつから どのようなお悩み	（ <input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> しわ <input type="checkbox"/> 肝斑 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> その他 いつから： _____ ）					
上記に対して他院で 治療、施術を受けた ことがありますか	（ _____ ）					
右記に該当するものはありますか	（ <input type="checkbox"/> 入れ墨 <input type="checkbox"/> アートメイク <input type="checkbox"/> 金の糸 <input type="checkbox"/> プロテーゼ <input type="checkbox"/> ケロイド体質 <input type="checkbox"/> 日焼け					
アレルギーはありますか？（該当するものに○をつけて下さい）			症状のある部分に○を付けて下さい			
<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー（薬の名称： _____ ）						
イベント出席や写真撮影など近いうちに大切な予定はありますか						
月 日 頃						
毛染めや化粧品、外用薬でかぶれたことはありますか			ない ・ ある			

★★おくすり手帳は先生にお見せ下さい★★

書き終わりましたら受付にお出し下さい。その際、医師のご希望などがある場合はお申し出下さい。