

(ふりがな)

男・女 体重 () kg

氏名

生年月日 年 月 日
満 () 歳

住所 〒

電話番号 自宅/勤務先 - - 携帯電話 - -

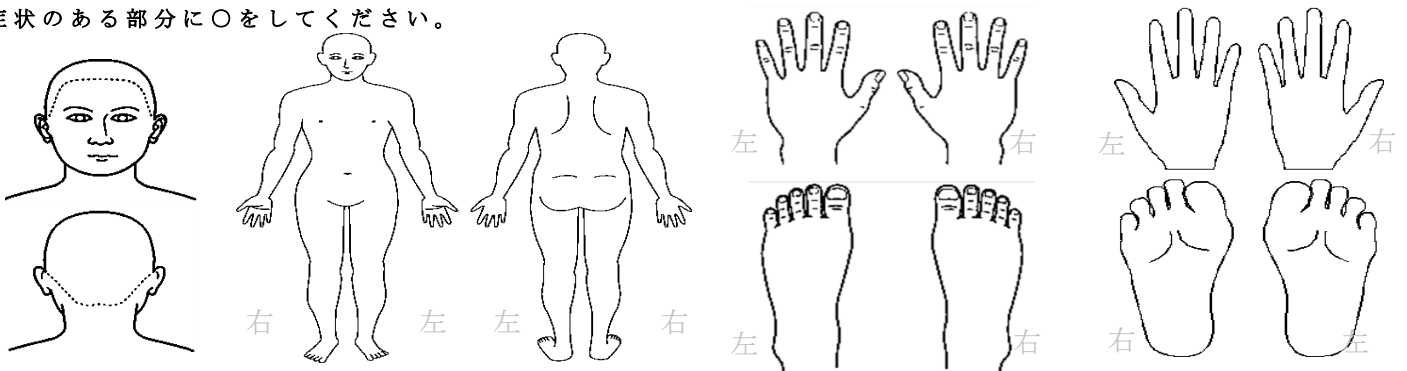
薬物アレルギーの有無	なし ・ ある：薬剤名 ()
食物アレルギーの有無	なし ・ ある：種類 ()
<p>● 女性の方に 現在妊娠している可能性はありますか？ はい (妊娠 週目) ・ いいえ</p> <p>現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ</p>	

● 本日はどのような症状で来院されましたか？

[]

● 症状はいつ頃から出てきましたか？ ()

・ 症状のある部分に○をしてください。



● 今回のことでどちらか病院にかかりましたか？

(いいえ/はい : 病院) (科)

● 既往歴 (病気、手術など)

なし・あり (歳 病名 : 手術 :)

● 現在服用のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・お薬名 ()

● 感染症はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・H I V (エイズ)

その他 () ※感染症の方はご申告ください。

● 当院へは、何がきっかけで来院されましたか？

通りがかり・近所・岩屋駅看板・JR三ノ宮駅看板・ホームページ

紹介 (様から)

美容問診票

カルテNo. _____ 名前 _____ 様
ご職業 _____

①ご自身が気になられている、お悩みを教えてください。

* 2つ以上ある方は優先順位(番号)を付けてください。

- () シミ () そばかす () くすみ () クマ () シワ () タルミ
() ニキビ、ニキビ痕の改善 () 毛穴の改善 () 赤ら顔
() その他 []

②他の病院、クリニック、エステで何か施術を受けたことがありますか？ (あり ・ なし)

⇒『あり』に○をされた方は、あてはまるものを○で囲んでください。

- ・レーザー ・ボトックス ・ヒアルロン酸 ・ケミカルピーリング ・光治療
・インディバ ・イオン導入 ・その他 []

③今まで受けられた施術で、トラブル(副作用)が生じたことはありますか？ (あり ・ なし)

⇒『あり』に○をされた方は、具体的にどの様な症状かご記入ください。

()

④普段のスキンケアにお使いのものを○で囲んでください。

- ・クレンジング(オイル・クリーム・ジェル・ミルク) ・洗顔料 ・化粧水 ・乳液 ・美容液 ・クリーム
・日焼け止め ・その他 ()

⑤最近日焼けをしましたか？ それはどこの部位に、いつ頃ですか？

(はい ・ いいえ : 部位 [] 今日から 前くらい)

⑥夏などに、強い日差しを受けた後、お肌はどうなりますか？

- ・赤くなった後、黒くならない ・赤くなった後、少し黒くなる
・赤くなる時もあり、その後黒くなる ・赤くならず、黒くなる

⑦近いうちに控えているイベント・ご旅行などはありますか？ (あり ・ なし)

⇒『あり』に○をされた方は、時期と内容をご記入ください。(月 日頃に がある)

⑧希望する診療を○で囲んでください。

- ・保険内での治療を希望 ・自費で治療を希望 ・基礎化粧品を変えてみたい ・相談してから決めたい

⑨どのくらいの間隔で当院に通えますか？ あてはまるものを○で囲んでください。

・約2~3週間に1回 ・約1ヶ月に1回 ・約2ヶ月に1回 ・約半年に1回 ・その他()

⑩いつまでにどうなりたい。などの美容目標はありますか？

()