

(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 ( )

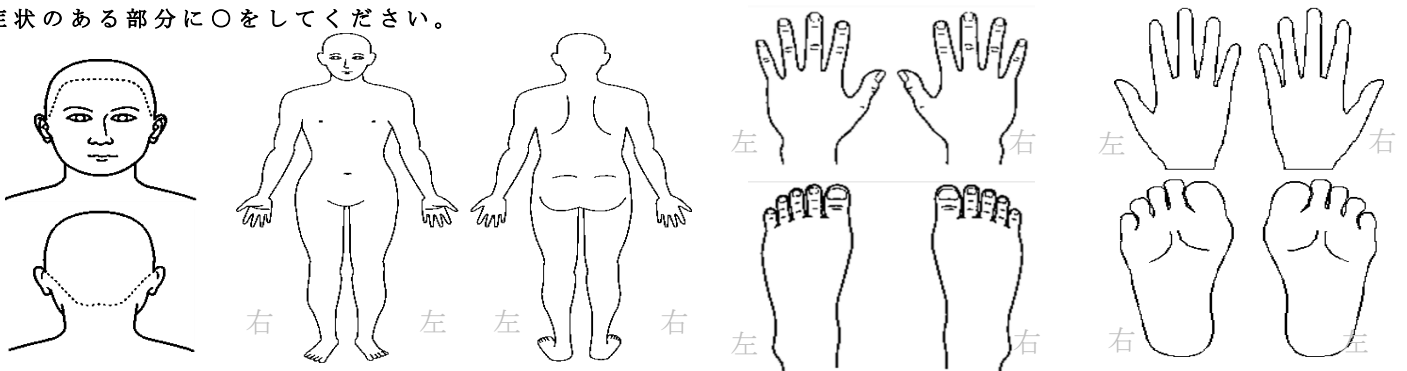
● **女性の方に** 現在妊娠している可能性はありますか？ はい (妊娠 週目) ・ いいえ  
 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

● 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・阪神岩屋駅看板・JR 三ノ宮駅看板・JR 摩耶駅看板

阪急王子公園看板 坂バス・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？

( )