

美容医療（自費診療）問診票

*問診票はプリントアウトして予約日にご持参ください。

記入日： 年 月 日

| | | | |
|-------|-----|-----|---------------|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 |
| 氏名 | | | 大・昭・平・令 年 月 日 |
| 診察券番号 | | | |
| 住所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | | |

1. 下記のご希望の治療の□にチェックしてください

- 医療脱毛（希望部位： ）
- IPL/フォトフェイシャル®
- エレクトロポレーション（ レナトスTaプラス ペップビュープラス 決まっていない ）
- ダーマペン4（ Hyla Active ヴェルベットスキン ウーバーピール 決まっていない ）
- 美容点滴（ 白玉点滴 疲労回復/二日酔い点滴 高濃度ビタミンC点滴 ）
- AGA治療 ED治療 その他・未定（ ）

2. これまでに大きな怪我、病気で治療を受けたことはありますか？

- はい いつ頃（ ）
- 治療内容（ ）
- いいえ

3. 現在治療中の病気はありますか？

- はい 病名（ ）
- いいえ

4. 現在内服しているお薬はありますか？お薬手帳をお出しいただいても結構です。

- はい 薬品名（ ）
- いいえ

5. 今までお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

はい→飲み薬、塗り薬、注射、食べ物、倒れた、発疹がでた、息苦しくなった、その他

いいえ

6. 金属アレルギー、光線過敏症はありますか？

(金属) はい いいえ (光線過敏症) はい いいえ

7. 女性の方はお答えください。

妊娠中である 妊娠の可能性ある 妊娠していない 授乳中 出産の経験がある

8. 下記のようなことがありますか？

化粧品でかぶれたことがある ()

治療部に傷跡や化膿はある 人工的に皮膚を着色している (アートメイク、入れ墨など)

ケロイド体質 ウイルス性肝炎、AIDS、その他感染症はある 現在日焼けしている

ペースメーカー、ボルト、リフトアップなどで体内に金属が入っている

抗凝固薬内服中、出血性疾患を有する

9. 現在のスキンケアについて具体的にお書きください (商品名など)

洗顔 () クレンジング () 化粧水 ()

乳液・クリーム・美容液等 () 日焼け止め ()

ファンデーション・リキッドパウダリー ()

その他 ()

10. お肌の為に気を付けている事 (食事・生活・サプリメント・ケアなど)

()

11. 当院にご来院されたきっかけは何でしょうか？

知人の紹介 () 様) 携帯の検索 ホームページを見て

SNS (Twitter Instagram) 看板 その他 ()

12. 今後、何か大事なご予定はありますか？ (同窓会、成人式、結婚式など)

はい いつ頃 () いいえ

13. ご不明点・ご希望がありましたらご記入ください。

()

※ご協力ありがとうございました。