

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/光治療（全顔）（ ）
- エレクトロポレーション（レナトスTaプラス レナトスAプラス ペップビュープラス
ペロバームローション 決まっていない）
- 医療HIFU（美顔HIFU ダブルHIFU 【初回限定】トライアルHIFU 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）
- マッサージピール（全顔 首、デコルテ 両手背）
- ケミカルピーリング（全顔 デコルテ・胸 背中上部 背中下部 お尻）
- 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 トラネキサム酸）
- AGA治療 ED治療 イソトレチノイン その他・未定（ ）

2. どのようなお悩みがありますか？

（ ）

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（ ） 病名（ ）

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

※2枚目もご記入ください

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. 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）

（ ）

10. 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 口コミを見て

SNS（Instagramなど） 看板 webサイト経由（サイト名： ）

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。