

問 診 票

フリガナ			生 年 月 日
お名前		男 女	昭・平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)
ご住所	〒 □□□□ - □□□□□□		
電話番号	() -	15歳以下の方は体重をご記入ください () kg	
携帯電話	() -	支払方法 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他 []		

①受診目的を教えてください

- 医療脱毛 しみ そばかす くすみ 赤ら顔 ほくろ イボ
にきび にきびあと きずあと ピーリング レーザーフェイシャル
その他 []

②その症状はいつ頃からですか？

日前から、 ヶ月前から、 年前から

③それについて、今までどこかで治療されていますか？

いいえ はい [医療機関 エステティックサロン] 具体的に ()

④食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

無 有 [卵 牛乳 小麦 その他 ()]

⑤薬（のみぐすり、注射）でアレルギーを起こしたことはありますか？薬の名前が分かれば書いてください

無 有 [抗生物質 かぜ薬 痛み止め その他 ()]
 薬剤名 []

⑥今までかかった病気を教えてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 アトピー性皮膚炎 喘息
その他 []

⑦常用しているお薬はありますか？

無 有 [薬剤名：]
 ※現在、服用中のお薬がある方はお薬手帳をご提示ください

⑧現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠の可能性ある 妊娠中 (週) 授乳中

⑨現在、日焼けをしていますか？

はい いいえ

⑩夏など強い日差しを受けた時肌はどうなりますか？

赤く腫れ痒みが数日続く 赤く腫れ自然と黒くなる 赤く腫れ数日で治まる・
その他 []

⑪日焼け止めは塗っていますか？

はい いいえ

⑫今までの毛の処理方法を教えてください。（脱毛希望の方）

毛抜き 毛そり ワックス 無処理 その他 []

⑬それは 今日からどれくらい前に処理しましたか？

日前、 週間前、 ヶ月前

⑭体質についてあてはまるものはありますか？

ケロイド体質 金属アレルギー アルコールアレルギー 光過敏症

裏面もご記入下さい

⑮化粧品・外用薬・毛染め剤でかぶれたことはありますか？

無 有 [具体的に

]

⑯金の糸・ペースメーカーをされていますか？

はい いいえ

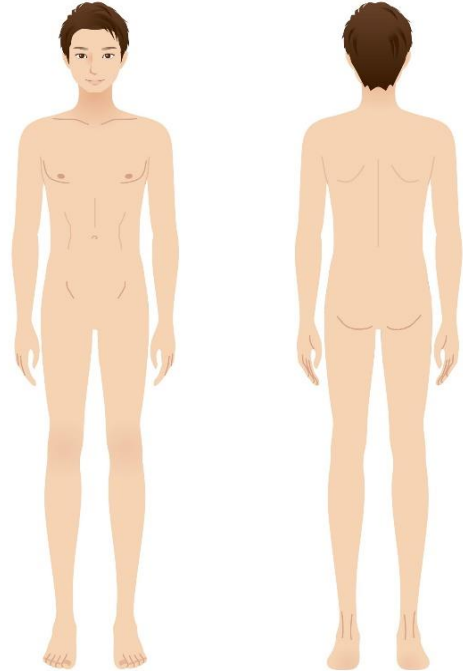
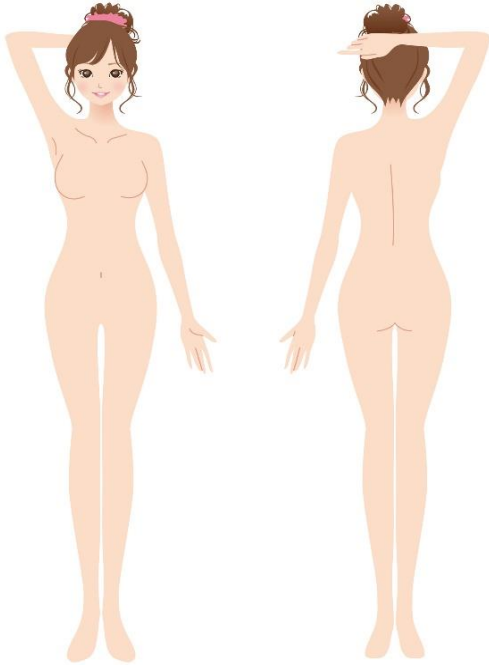
⑰近日中にイベント事はありますか？（パーティー・同窓会・参観日等）

無 有 [1ヶ月以内 2ヶ月以内 3ヶ月以上]

⑱気になる部分はどこですか？ よろしければ○で囲んでください

女 性

男 性



⑲当院をどこで知りましたか？

ホームページ クリニック内掲示板・案内 知人の紹介 他院からの紹介

その他[

]

⑳その他、処置や手術を受ける上で不安なことがござい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。

「個人情報保護法」に基づき適切に管理し、診療目的のみに利用させていただきます