

美容皮膚科問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日(昭和・平成・令和)	年齢	性別
お名前		年 月 日	才	男・女
ご住所	〒			
携帯番号		電話番号	ご職業	

1. どのような症状に対して診察をご希望されますか？

しみ そばかす しわ ニキビ ニキビ跡 くすみ 毛穴の開き 毛穴の黒ずみ
赤ら顔 たるみ その他 ()

2. その症状に対して、これまで治療を受けたことはありますか？

はい いつ頃 () 医療機関で エステティックサロンで
 どのような治療 ()
いいえ

3. 日光に当たると、どうなりますか？

すぐ赤くなり黒くならない 赤くなってから黒くなる 赤くならず黒くなる

4. 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 なにで → 飲み薬 塗り薬 注射 食べ物
 どのような症状 → 倒れた 発疹が出た 息苦しくなった その他
 ()
いいえ

5. 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

6. 現在治療中の病気はありますか？

はい 病名 ()
いいえ

7. 現在内服しているお薬はありますか？

はい 薬品名 () 開始時期 ()
いいえ

8. 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

9. 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がある 治療部にアートメイクや入れ墨がある ケロイド体質
ウイルス性肝炎、AIDS、その他感染症がある 日焼けをしている、または日焼けする可能性がある

10. 今後、何か大事なご予約はありますか？(同窓会、成人式、結婚式など)

はい いつ頃 () いいえ