

問 診 票

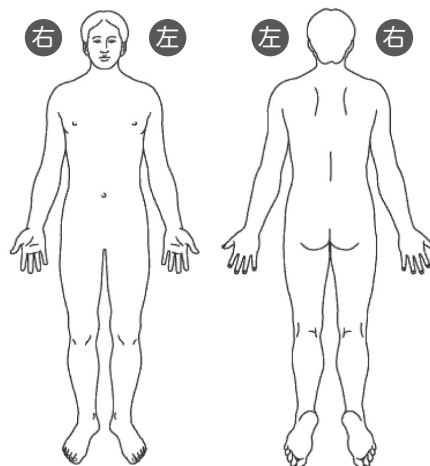
記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	
電話番号	15歳以下の方は体重をご記入ください	
携帯電話	kg	

初診の場合、保険診療と自費診療はどちらか一方のみ診察可能です。

① どうなさいましたか。

かゆい 湿疹 痛い にきび いぼ はれ しこり けが 頭じらみ
 やけど 巻爪 傷痕 水虫 ピアストラブル ピアス孔あけ
 美容の相談(シミ・シワなど) ほくろの心配 ほくろ除去の相談
 その他()



② いつからですか。()

③ 症状の出ている箇所に○をつけてください。 →

④ 現在別の病院で治療を受けていますか？

いいえ・はい： 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 腎臓病
 甲状腺 膠原病 不整脈 その他()

⑤ 病院で処方されたお薬を飲んでいますか？

いいえ・はい： お薬名()
 ※お薬手帳があればご提示ください。

⑥ これまでに大きな病気はありましたか？

いいえ・はい： 病名()

⑦ アレルギーについて。

薬のアレルギーはありますか？ いいえ・はい()
 食物アレルギーはありますか？ いいえ・はい()
 その他のアレルギーはありますか？ いいえ・はい()

⑧ 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ・可能性あり・はい(妊娠 ヶ月)
 現在授乳中ですか？ いいえ・はい

⑨ 当院をどちらで知りましたか？

通りがかり 当院ホームページ 院長ブログ 夏井先生のホームページ
 知人・病院の紹介() その他()

美容相談(しみ、しわ、ホクロ除去)ご希望の方は裏面の問診票もご記入ください

美容相談 問診票

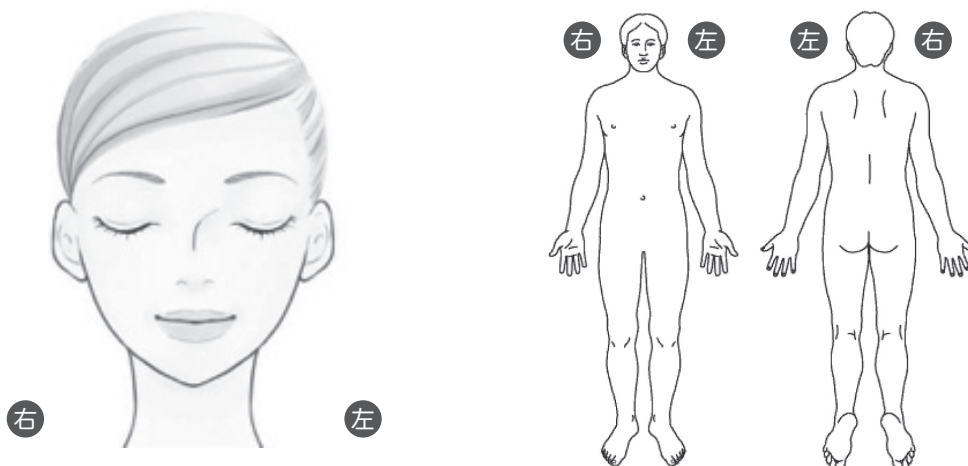
お名前

- ・美容相談は自費診察となります。(保険はご使用いただけません)
- ・相談料は初診¥3,000(税別)、再診¥1,000(税別)です。お薬など希望される方は別途料金がかかります。
- ・当日(相談日)の施術は行えません。施術は平日のみのご予約となっております。
- ・女性の方はメイクを全て落とした状態での診察となります。
- ・メイクをされている方はパウダールームをご案内致しますので受付にお声かけください。

① どのような症状に対して診察を希望されますか。

しみ そばかす くすみ しわ 毛穴の黒ずみ 毛穴の開き くま たるみ ほくろ
その他()

② 症状の出ている箇所に○をつけてください。



③ その症状に対して、これまで治療を受けたことがありますか。

ない・ある： いつ頃()
 受けた場所：医療機関 エステティックサロン その他()
 治療内容：レーザー 内服 注射 ピーリング イオン導入 その他()

④ 興味のあるもの、相談されたい施術内容に○をつけてください。

レーザー治療 シミの内服治療 ケミカルピーリング イオン導入 ボトックス注射 ヒアルロン酸注射
その他()

⑤ 金属アレルギーはありますか。 はい・いいえ

⑥ 光線過敏症はありますか。 はい・いいえ

⑦ 次にあてはまることはありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

ない・ある：化粧品かぶれ 皮膚の炎症や化膿 アートメイク ケロイド体質 ウィルス性肝炎 AIDS
 その他感染症