

# 問 診 票

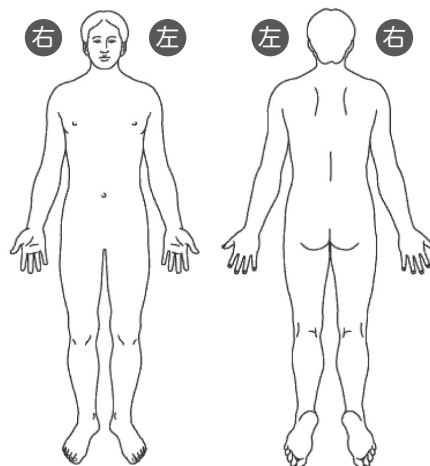
記入日 年 月 日

|      |                    |                      |
|------|--------------------|----------------------|
| ふりがな |                    | 生年月日                 |
| お名前  | 男・女                | 大・昭・平<br>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 痛い はれ けが やけど きず 傷痕  
 湿疹 にきび いぼ しこり ほくろ 水虫 巻き爪 頭じらみ  
 ピアストラブル ピアス孔あけ 美容相談(シミ・シワなど)  
 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 週・出産予定日 年 月 日)  
 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

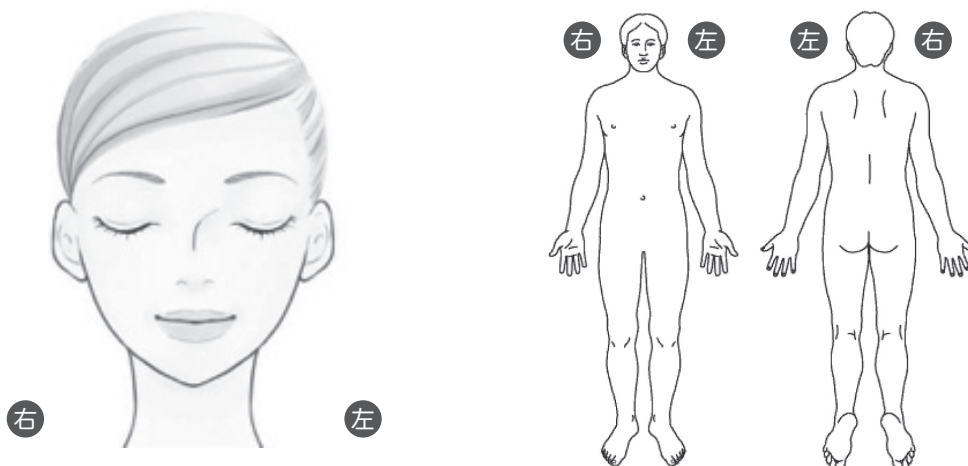
お名前

- ・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