

問診票

記入日 年 月 日

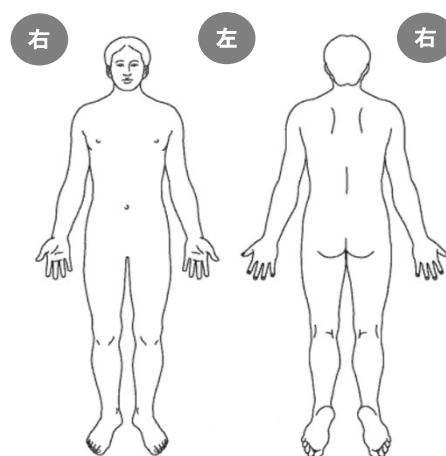
| | | |
|------|-------|-------------------------|
| ふりがな | | 生年月日(年齢) |
| お名前 | 性別() | 大・昭・平・令・西暦 年 月 日(歳) |
| ご住所 | 〒 | 15歳以下の方は体重もご記入下さい kg |
| 携帯電話 | | 電話番号 |

- マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない
- 他の医療機関からの紹介状 ない ある→受付に提出してください
- 40才以上のかたへ この1年間で特定健診や高齢者健診を受診したことが ない ある

① どうなさいましたか？ (お願い：できるだけすべての診察希望内容についてご記入ください)

かゆい 痛い はれ やけど きず 傷痕 あざ
 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

その他()



② 症状はいつからありますか？

③ 症状の出ている箇所に○をつけてください。

④ 現在 他の医療機関に通院していますか？

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 その他()

⑤ 他の医療機関で処方されたお薬を使用していますか？(飲み薬、塗り薬、貼り薬、点眼薬、点鼻薬等)

いいえ・はい： お薬名()

※お薬手帳をお持ちの方は問診票とともに受付にご提出願います。

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。

食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ・はい()

くすりの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 女性のかたへ

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(授乳回数 1日 回くらい)

⑨ 当院をどちらで知りましたか？

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

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 マイナ保険証は、正確な診療情報の取得を助けてくれます。ぜひご利用ください。

美容相談問診票

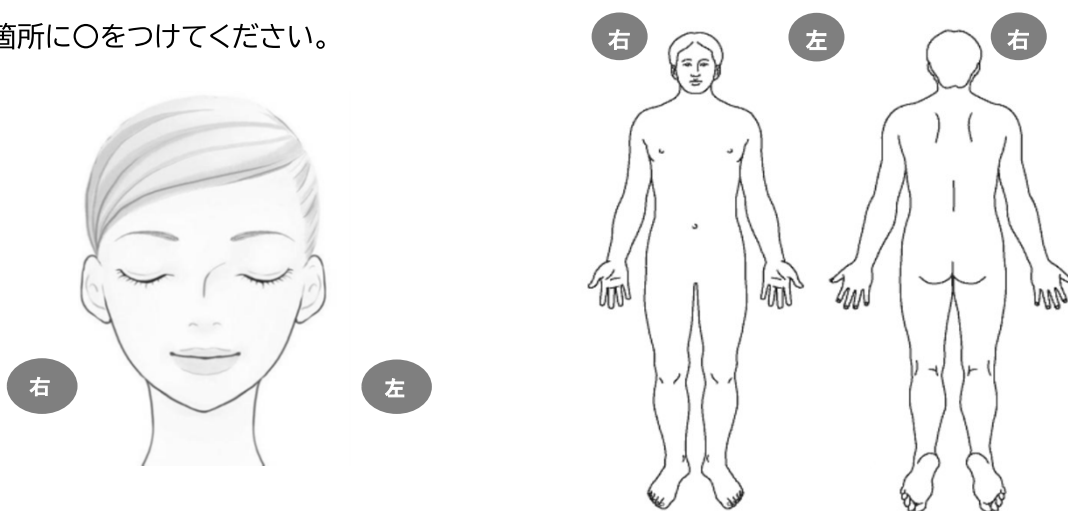
記入日 年 月 日

| | | |
|------|-------|----------------------|
| ふりがな | | 生年月日(年齢) |
| お名前 | 性別() | 大・昭・平・令・西暦 年 月 日(歳) |
| ご住所 | 〒 | |
| 携帯電話 | 電話番号 | |

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 赤ら顔
 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 光治療(IPL) 内服 ケミカルピーリング イオン導入 ボトックス
 その他()

④ 興味のあるもの、相談したい施術内容に○をつけてください。

レーザー治療 光治療(IPL) 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
 GAUDISKIN®使用 その他()

⑤ 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。

金属アレルギー 光線過敏症 麻酔薬のアレルギー 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 感染症()

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 現在 治療中の病気はありますか？ いいえ・はい 病名()

⑧ 現在 飲んでいるお薬はありますか？ いいえ・はい お薬名()

※ 漢方薬、ビタミン剤、ピルを含む

⑨ 女性のかたへ

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 (授乳回数 1日 回くらい)

⑩ 当院をどちらで知りましたか？

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