

## 問 診 票

ふりがな：	職業：	生年月日： _____ 歳
氏 名：		昭和 平成 年 月 日
〒(      -      ) 住 所：		身 長： _____ cm 体 重： _____ kg

※電話番号は第 2 連絡先まで記入してください。

第 1 連絡先 \_\_\_\_\_ 本人の携帯・自宅 \_\_\_\_\_

第 2 連絡先 \_\_\_\_\_ 本人との続柄(      )/氏名(      )

以下の質問にお答えください(当てはまる項目に○、必要事項を記入してください)

- 現在、気になる症状、ご相談したい症状はどれですか？
  - ・ しみ・肝斑・しわ・にきび・にきびあと・毛穴・くすみ・いぼ・化粧品の選び方・プラセンタ注射
  - ・にんにく注射・白玉注射・高濃度ビタミンC点滴・マイヤーズカクテル点滴・その他(      )
- その症状は、いつからですか？  
(      )
- ご興味のある美容メニューはございますか？
  - ・光治療(美肌、しみ)・ピーリング・ハイドラフェイシャル・エレクトロポレーション
  - ・プラセンタ注射・にんにく注射・白玉注射・高濃度ビタミンC点滴・マイヤーズカクテル点滴
  - ・化粧品(      )
- これまでに、美容皮膚科やエステサロンで施術を受けたことはございますか？  
 施術メニューの選択や効果に影響することがございますので必ずご記入ください。
  - ・はい (1)いつ頃(      ) 内容(      )
  - (2) いつ頃(      ) 内容(      )
  - ・いいえ
- これまで、美容皮膚科やエステサロンの施術で副作用が出たことはございますか？
  - ・はい いつ頃(      ) 内容(      )
  - ・いいえ
- 今まで、「金の糸」の治療やリウマチなどで金製剤による治療をされたことはございますか？
  - ・はい      ・いいえ
- 最近、ピーリングを受けたり、にきびの塗り薬(ディフェリン、ベピオ、デュアック、エピデュオ)の使用はございますか？
  - ・はい 内容(      )      ・いいえ
- 近々、大切なイベントのご予定はございますか？
  - ・はい (いつ：      、結婚式・同窓会・旅行・その他      )      ・いいえ

- 以下で当てはまるものはございますか？
- ・ 薬剤・食品アレルギー( )・ケロイド体質・抗凝固剤の内服・ピルの内服
  - ・ 光線過敏・ペースメーカー・タトゥー・アートメイク・シリコンなど・ヒアルロン酸注入
  - ・ お仕事や趣味で日焼けする機会が多い・飲酒(頻度: 量: )・喫煙(1日 本× 年間)
- 妊娠や授乳はされていますか？
- ・妊娠中(妊娠 週目)・妊娠の可能性あり・授乳中・いずれも当てはまらない
- 現在お使いのスキンケアについて、内容(敏感肌用、美白用など)やメーカー名も可能であればお書きください。
- ・クレンジング(オイル・クリーム・ジェル・ミルク・拭き取り・その他 )
  - ・洗顔(固形石鹼・泡石鹼・スクラブ・ブラシ使用・W 洗顔はしない・その他 )
  - ・化粧水( )・乳液( )
  - ・美容液( )・クリーム( )
  - ・日焼け止め( )
  - ・ファンデーション(パウダー・リキッド・BB クリーム・その他 )
  - ・サプリメント( )
- 現在、治療中の病気や飲み薬、塗り薬はございますか？
- ・はい(診断名: お薬: )
  - ・いいえ
- 他にご相談されたいこと、お伝えしたいことがございましたら、ご記入ください。  
( )