

# 問診票

ふりがな： 氏名：	職業：	生年月日： 年 月 日 歳 令和 平成 昭和 年 月 日
--------------	-----	------------------------------------

住所(〒 - )

第1連絡先 - - (携帯) - - (ご自宅)

第2連絡先 - - 本人との続柄( ) (お名前: )

\*当クリニックから、ご案内をご送付してもよろしいでしょうか？ 可・不可・クリニック名の表記無しなら可

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・たるみ・にきび・にきびあと・毛穴・くすみ・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？ ( )

○ その症状が出た、もしくは悪化したきっかけと思われることはございますか？

妊娠・出産・ピルの内服・更年期・ホルモン治療・卵巣や子宮の病気  
スポーツや趣味による日焼け・マッサージ・その他( )

○ 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)・HIFU(ハイフ)・ダーマペン・スネコス・ボトックス・ピーリング・ヒアルロン酸・  
ハイドロスキン・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  
マッサージ(ヘッド・デコルテ)・その他( )

○ 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

○ 日焼けした場合、以下のどの状態が近いですか？

・赤くなって、元の肌色に戻る ・赤くなって黒くなる ・赤くならずすぐに黒くなる

○ 普段、日焼けをする機会は多いですか？ はい（はいの方は以下お答え下さい）・いいえ

スポーツ：ゴルフ、テニス、ランニング、マリンスポーツ、釣り、登山、その他（ ）

仕事：通勤、通学、営業などの外回り、その他（ ）

日常生活：ガーデニング、犬の散歩、お子さんと公園、その他（ ）

○ 最近、ピーリングを受けたり（ホームピーリングも含まれます）、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

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（1日\_\_回：固形石鹸・泡石鹸・スクラブ洗顔・ブラシ洗顔・ふき取りシート・W洗顔はしない  
その他（ ）

・化粧水（ ）・乳液（ ）← その際、コットンを使う・使わない

・美容液（ ）・クリーム（ ）

・日焼け止め（ ）：専用の日焼け止め・日焼け止め入りの下地・日焼け止め入りファンデーション

時期：・毎日・時々・夏のみ、 頻度：・朝のみ・2～3時間おき・4～5時間おき

・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。

（ ）

○ 当クリニックを何でお知りになりましたか？

ホームページ・インスタグラム・情報誌（Couta・Plaza）・ご紹介（ ）様