



問診票 (美容皮膚科)

年 月 日

No.

ふりがな		男 ・ 女	ご職業
氏名	() 歳		生年月日
住所	〒		
電話			

- 美容皮膚科のご相談、治療は全て保険適応外となります。(初診3,000円、再診2,000円)※相談のみの場合
- お顔のご相談は、化粧を落とした状態で診察させていただきます。クレンジングなどが必要な方は受付にお申し付けください。

1.お悩みは何ですか？ 当てはまる症状と、症状の出ている箇所 (右の絵)に○をつけてください。	しみ・そばかす・くすみ・ 赤み・肝斑・しわ・ ニキビ・脱毛症(薄毛) その他 	
2.いつ頃からですか？	年 月頃	
3.今まで何か治療を受けましたか？	シミ取りレーザー・ピーリング・ IPL治療・ボトックス・ハイドロキン・ トレチノイン・その他()	
4.過去の治療で副作用が生じたことはありますか？	なし・あり※「あり」の方は以下もご記入ください。	
5.現在治療中の病気や内服薬はありますか？	なし・あり※「あり」の方は以下もご記入ください。	
	病名()	薬剤名()
6.薬・食品・光線過敏症などのアレルギーはありますか？	なし・あり※「あり」の方は以下もご記入ください。	
7.近いうちに大切な予定がありますか？ (結婚式・旅行・同窓会など)	なし・あり※「あり」の方は以下もご記入ください。	
	月 日頃 行事()	

※裏面もご記載ください

8. 普段のスキンケアにお使いのものを○で囲んでください。

クレンジング・洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・UVカット

9.(女性の方のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい・いいえ

10. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

近所に在住(通勤・通学路)・ホームページ・看板・知人の紹介・ご家族の紹介

他の医療機関からの紹介・その他()



うちだ皮膚科クリニック