

こばやし皮ふケアクリニック 美容外来問診票

年 月 日

ふりがな
お名前 _____ 性別 (男・女)
生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 (歳) 職業 _____
住所 (〒 -) _____
電話番号 () _____ 携帯電話番号 () _____



■肌の悩みや治療をしたい症状は以下の項目にありますか？

- しみ、そばかす くすみ しわ、たるみ ほくろ
 にきび・にきび痕 毛穴のひらき・開大
 赤ら顔、毛細血管拡張 ピアス 化粧品やスキンケア相談
 その他(具体的に _____)

気になるところを左図に示してください

■他の病院、クリニック、エステで治療されたことはありますか？

- ある ない

ある方は下記内容を記載ください

医療機関・エステ名 (_____)

施術時期・内容 (_____ 年 月頃) (_____)

■いままでに下記の病気になったことがありますか？

- アトピー性皮膚炎 光線過敏症 蕁麻疹
 アレルギー性疾患(気管支喘息・花粉症・その他(具体的に _____)
 その他の既往症(具体的に _____)

■以下に該当するものがある場合はチェックしてください

- 傷がケロイドになりやすい 日焼けをした後に色素沈着になりやすい
 ヘルペスになったことがある 治療したい部位にアートメイク、刺青がある

■現在服用しているお薬はありますか？ ある ない

内服している薬の名前 (_____)

■薬の副作用・食物などのアレルギーはありますか？ ある ない

薬・注射、食べ物、その他(具体的に _____)

■女性の方に質問します 現在妊娠していますか(可能性も含む)？ はい いいえ

授乳をしていますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました