

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) ()

■ いままで下記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 ヘルペス
 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
 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 ()

■ 喫煙していますか？ ある (歳～ 歳まで・現在も吸っている (1日 本)) ない

■ 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

出産したことがある方は出産した年を教えてください (西暦 年)

ご協力ありがとうございました