伏見駅前 陳 皮膚科･形成外科

美容問診表

受付日　平成　　年　　月　　日

フリガナ		
氏名		男　・　女
生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
住所　〒		
TEL　（　　）	携帯番号　（　　）	
ご職業	クリニックからの連絡　可・不可	

問1　本日はどのようなご相談で来られましたか？

1）　ニキビ、ニキビ跡　2）シミ・シワ　3）たるみ　4）毛穴

5）レーザー脱毛(脇、肘下、肘上、膝下、膝上、胸部、腹部、背中、うなじ、顔、Vライン)

6）ほくろ　5）その他〔　　〕

＊症状の経過観察のため、必要時には患部の写真撮影をさせていただきます。

問2　症状はいつ頃からありますか？[　　年　月　日頃～・　　ヶ月前～・　　日前～]

問3　今回の症状に対して何か治療されましたか？(エステなどを含む)

[いいえ・はい⇒治療内容：　　]　改善[あり・なし]

問4　今まで大きな病気をされたことがありますか？[いいえ・はい⇒病名　　]

問5　現在、治療を受けていますか？[いいえ・はい⇒病名：肝臓病・高血圧・高脂血症・喘息・アトピー性皮膚炎・そのほか(　　)]

現在、常用している薬はありますか？[いいえ・はい⇒（薬品名　　）]

お薬手帳などお持ちでしたら、問診表と一緒にお出しください。

問6　薬や注射の過敏症はありますか？[いいえ・はい⇒(薬品名　　)]

局所麻酔（注射の部分麻酔）の経験はありますか？[いいえ・はい⇒[異常はあり・なし]]

問7　何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事などありますか？

[いいえ・はい⇒（　　）]

問8　妊娠の可能性はありますか？　[いいえ・はい]　授乳中ですか？　[いいえ・はい]

問9　どのようにして当院をお知りになりましたか？

・通りがかり・ご家族　・知人の紹介[ご紹介者名　　]

・駅の看板　・新聞のちらし・インターネットで検索・その他（　　）

問10　今後DM(クリニックからのお知らせなど)を出してもよろしいですか？[可・不可]