

● ● ● けいこ皮膚科クリニック 美容皮膚科問診票 ● ● ●

令和 年 月 日

フリガナ

生年月日 (昭和・平成・令和)

お名前

年 月 日 () 歳 男・女

ご住所〒

電話番号() 携帯電話() ご職業()

☆未成年の方・75歳以上の方はご家族の連絡先を必ずご記入ください。(ご記入がない場合、診察をお断りすることがございます。)

ご家族氏名 続柄() 電話番号 - -

当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めて おります。それに伴い、下記の点についてご要望をお聞かせ下さい。

⇒上記のお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてもよろしいでしょうか?(はい・いいえ)

(はい)の場合 → (上記電話番号 ・ 携帯電話)

※(緊急の場合とは、予定外の休診などの際にご予約の調整をお願いする場合があります。)

① どのような症状に対して診察をご希望されますか?

- ・しみ ・ほくろ ・ソバカス ・しわ ・ニキビ ・ニキビ跡 ・毛穴 ・AGA (男性型脱毛症)
- ・女性の薄毛 ・多汗症 ・赤ら顔 ・その他()
- ・フォトフェイシャル ・ケミカルピーリング ・エレクトロポレーション
- ・クリアタッチS ・医療脱毛 ・巡活マッサージ ・フラクショナルレーザー
- ・スキンタイトニング ・ピアス ・ヒアルロン酸注入 ・リジュラン注入
- ・ボトックス注入 ・脂肪溶解注射 ・美容点滴 ・HIFU(ウルトラQ+)
- ・その他()

② それはお身体のどの部位ですか?

顔 ・ 頭 ・ 耳 ・ 首 ・ 胸 ・ 腹 ・ 背中 ・ 腕 ・ 下腿 ・ 手 ・ 足 ・ その他()

③ その症状に対してこれまで治療を受けられましたか?

はい ⇒ 他の医療機関で ・ エステティックサロンで ・ その他() ・ いいえ

④ ③ではいとお答え頂いた方はご記入下さい。これまでどのような治療を受けたことがありますか?

() いつ頃()

⑤ 今までお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか?

はい ⇒ 飲み薬 ・ 注射 ・ 食べ物 ・ 倒れた ・ 発疹が出た ・ その他() ・ いいえ

⑥ 金属アレルギーや光線過敏症はないでしょうか?

(金属アレルギー() / 光線過敏症・ある・ない)

⑦ 香料(アロマオイルや香水・化粧品)でかぶれたことがありますか?

はい⇒内容() ・ いいえ

⑧ 現在治療中の病気はありますか?

はい ⇒ 病名() ・ いいえ

⑨ 現在、内服しているお薬の種類を服用開始の時期について教えて下さい。

他院からの薬剤一覧表をお出し頂いても結構です。

薬品名() ・ 開始時期()

⑩ 女性の方はお答え下さい

妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない ・ 授乳中である

⑪ 当院にご来院されたきっかけは?

知人の紹介()様 ・ 病院からの紹介()病院

ホームページを見て ・ その他()

⑫ 今後、何か大事なご予定はありますか?(同窓会・成人式・披露宴 etc)

はい(年 月 日) ・ いいえ