

フリガナ		体重（～12歳）
氏名		Kg
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所	〒	
電話	TEL. ( ) / 携帯 - -	
勤務先	TEL. ( )	
来院のきっかけ：ホームページ 近所 内科 歯科 紹介（ ） Instagram ・その他		

① どのような症状で来院されましたか？ ※ニキビの方は、裏面もご記入ください。

症状：（ かゆい・赤い・痛い・ニキビ・その他 ）

いつから：（ ）前から

部位：（ 図に印をつけて下さい ）



② 上記の症状で治療を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ 病名〔 〕： 病院名〔 〕

③ 今までに病気をされたことはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ 病名〔 〕

（アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・喘息・心疾患・腎疾患・高血圧・高脂血症・糖尿病）

④ 現在服用中のお薬はありますか？

いいえ ・ はい ⇒ お薬名〔 〕

⑤ アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ アレルギー名〔 〕

⑥ 嗜好品についてお聞きします。

アルコール（ 日）・タバコ（ 本 / 日）

⑦ 妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい ⇒ （ ヲ月） ・ 授乳中

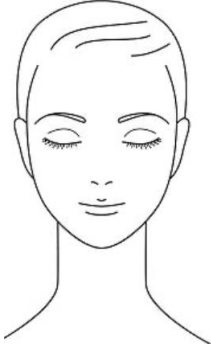
⑧ 治療についてお聞きします。（ 保険適応の治療のみ希望 ・ 保険適応外の治療も検討 ）

⑨ その他、気になるものに○をつけてください。

【お顔】 シミ・シワ・たるみ・ニキビ跡・毛穴・赤ら顔・ほくろ・脱毛・ピアス

【ボディ】 アートメイク・薄毛・デリケートゾーンのお悩み（ 尿漏れ・黒ずみ・痒みなど ） ・脱毛

# 美容皮膚科問診票

<p><b>症状</b></p>	<p>どのような症状（ご相談）で来院されましたか？</p> 
<p><b>睡眠</b></p>	<p>1日どのくらいですか？（約 時間）</p>
<p><b>食事</b></p>	<p>バランスはいかがですか？（良い・普通・悪い）</p> <p>※炭水化物が多い（麺・パン・お米など） ・ 甘いものが多い</p>
<p><b>運動</b></p>	<p>している（週に 回） ・ していない</p>
<p><b>生理</b></p>	<p>順調 ・ 不順</p> <p>PMS〔生理前のイライラ・不調など〕はありますか？（はい・いいえ）</p>
<p><b>ピル</b></p>	<p>服用はありますか？（はい・いいえ）</p>
<p><b>便通</b></p>	<p>毎日 ・ 日に1回 ・ 下痢 ・ 便秘</p>
<p><b>サプリ</b></p>	<p>何を飲んでいますか？（ ）</p>
<p><b>日焼け</b></p>	<p>紫外線にあたる機会が多いですか？（多い・少ない）</p>
<p><b>化粧品</b></p>	<p>現在使用している基礎化粧品（ ）</p> <p>▶ クレンジングの種類は？（オイル・ミルク・クリーム・ジェル・ふき取りシート）</p> <p>▶ 洗顔は泡立ってますか？（ネットで泡立てる ・ 手で泡立てる ・ 泡立てない）</p> <p>▶ 朝、洗顔はしますか？（はい・いいえ）</p> <p>▶ ファンデーションの種類は？（リキッド・クッション・パウダー）</p>
<p><b>その他</b></p>	<p>ご希望があればご記入ください。（予算、来院頻度、都合の良い曜日や時間帯など）</p>