

# 美容皮膚科問診票

カルテ番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

ご年齢 歳  ご職業 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先（日中のご連絡がつくところ） 自宅 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

どのような症状に対して診察をご希望されますか？

しみ そばかす しわ たるみ くすみ 赤ら顔 ニキビ ニキビ跡 毛穴 脱毛

ケミカルピーリング イオン導入

その他（ \_\_\_\_\_ ）

それはお身体のどの部位ですか？

顔 頭 耳 首 胸 腹部 背中 腕 手 足 上肢 下肢 わき

その他（ \_\_\_\_\_ ）

その症状に対してこれまでに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

上記ではいとお答えいただいた方はいつ頃どのような治療を受けられたかお答え下さい。

いつ頃（ \_\_\_\_\_ ） どのような治療（ \_\_\_\_\_ ）

いつ頃（ \_\_\_\_\_ ） どのような治療（ \_\_\_\_\_ ）

現在、治療中の病気はありますか？

はい ➡ 病名（ \_\_\_\_\_ ） いいえ

現在、内服しているお薬はありますか？

はい ➡ 薬品名（ \_\_\_\_\_ ） いいえ

過去に大きな（手術・入院など）病気をしましたか？

はい（ \_\_\_\_\_ ） いいえ

今までにお薬・注射による副作用がありましたか？

はい 【抗生物質・痛み止め・（ \_\_\_\_\_ ）】 いいえ

金属アレルギー、光線過敏症はありますか？

金属 ➡ はい（ \_\_\_\_\_ ） いいえ    光線過敏症 ➡ はい いいえ

現在妊娠していますか？

はい（ \_\_\_\_\_ 週） いいえ 不明 予定している 可能性がある 授乳中である

日光によくあたることはありますか？（例：屋外での仕事、スポーツ等）

はい（ \_\_\_\_\_ ） いいえ

今後何か大事なご予定はありますか？

（運動会、レジャー、旅行、同窓会、成人式、結婚式など）

はい（ \_\_\_\_\_ ） いいえ

下記のような方は必ずお知らせして下さい。

心疾患 高血圧 化粧品でかぶれたことがある 治療部に傷痕や化膿がある ケロイド体質

人工的に皮膚を着色している（アートメイク、入れ墨など）

ウイルス性肝炎やその他の感染症がある その他（ \_\_\_\_\_ ）

ありがとうございました。