

## 美容皮膚科 問診票

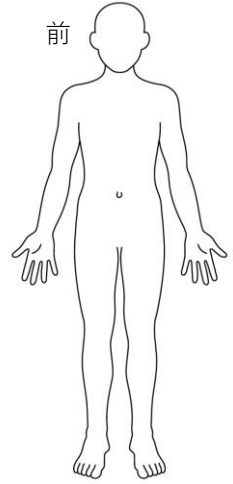
ふりがな 氏名		男・女	記入日：令和 年 月 日
		年齢 歳	
生年月日	大・昭・平・令：	年 月 日	
住所	〒		
電話番号			職業：

初診料 3300円，再診料 1100円がかかります。

## 1. 相談内容は何ですか？

ほくろ しみ いぼ プラセンタ  
美容内服薬 医療脱毛 AGA にきび  
(たるみ 毛穴 赤ら顔 美容商品/化粧品)  
その他 ( )

## 2. どの部位ですか？



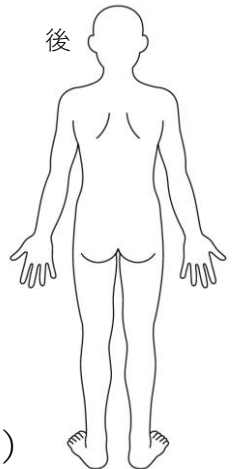
## 3. いつ頃からですか？ ( )

## 4. 過去にエステ・美容皮膚科などで治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

・ある方 時期： ( )  
内容： ( )  
施術後の色素沈着 (ある・ない)

## 5. 治療中の病気はありますか？ (ある・ない)

高血圧 糖尿病 高脂血症 心疾患 肝疾患 腎疾患  
脳疾患 アレルギー疾患  
その他 ( )



## 6. 内服薬、外用剤はありますか？ (ある・ない)

薬剤名 ( )

## 7. 内服・外用・麻酔でのアレルギーはありますか？ (ある・ない)

薬剤 ( )  
症状 ( )

8. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ (ある・ない)  
授乳中ですか？ (はい・いいえ)