皮膚科　問診票

お名前　　様

■本日どうされましたか？当てはまる症状に〇印をお願いします。

脱毛　しみ　しわ　にきび　にきびあと　毛穴　たるみ　黒ずみ
薄毛　プラセンタ療法　ダイエット　注射療法　ピアス
その他（　　）

■それは身体のどの部位ですか？

頭　顔　耳　首　脇　胸　背中　腹　陰部　お尻　腕　手　足　下肢　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　☐ なし

他の医療機関　・　エステティックサロン　・　その他（　　）

■上記ではいとお答え頂いた方は、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（　　）
どのような治療（　　）

■現在治療中のご病気はありますか？　☐あり　☐なし

病名(　　)　薬(　　)

■病気、または手術をされたことはありますか？　☐あり　☐なし

高血圧　・　脳卒中　・　心臓病　・　糖尿病　・　貧血　・　甲状腺疾患　・　ｱﾚﾙｷﾞｰ(鼻炎　・　皮膚炎)
その他(　　)

■血のつながりのある方で大きな病気をされた方はおられますか？　☐あり　☐なし　☐不明

高血圧　・　脳卒中　・　糖尿病　・　がん　・　心臓病　・　その他(　　)

■現在、内服しているお薬　・　サプリメント(　　)☐なし

■今までお薬、注射などで発疹やショックを起こしたことが　【ある(薬品名：　　)・なし】
その他のアレルギー【花粉症　・　ダニ　・　ハウスダスト　・　食べ物(　　)・その他　　】

■現在妊娠している、または授乳中である　☐はい　☐いいえ

■直近で何か大事なご予定はありますか？　☐はい　☐いいえ

いつごろですか？（　　）

■喫煙の習慣はありますか？　☐ない　☐ある（　　本／日）

■当院を何で知りましたか？選んだ理由であてはまるものを全てﾁｪｯｸしてください。

☐ インターネット(検索ワード:　　)
☐ 看板
☐ 通りがかり
☐ 美容皮膚科を探している
☐ 脱毛に興味がある
☐ 美容施術後も医師がきちんと診てくれる
☐ 美容レーザーの無理な勧誘が無い
☐ インスタグラムを見て興味を持った
☐ 知人の紹介(紹介者:　　)
☐ SNS
☐ 美容皮膚科を探している
☐ 他院でも治らない
☐ 他院で脱毛していたが抜けない
☐ 脱毛士がいて技術が高く安心できる
☐ サプリメントの相談ができる