

美容皮膚科 問診表

受付日 年 月 日

ふりがな
お名前 _____

問1 今まで皮膚科クリニック等で美容治療を受けられた事がありますか？

ない ・ ある

◇「ある」とお答えいただいた方は以下で該当するもの全てにチェックして下さい。

- | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> レーザー脱毛 | <input type="checkbox"/> オーロラ等のIPL光治療 | |
| <input type="checkbox"/> シミ取りレーザー | <input type="checkbox"/> ピーリング | |
| <input type="checkbox"/> HIFU | <input type="checkbox"/> タイタン | |
| <input type="checkbox"/> サーマクール | <input type="checkbox"/> フラクセル等のフラクショナルレーザー | |
| <input type="checkbox"/> ホクロ除去 | <input type="checkbox"/> ボトックス注射 | |
| <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸等の注入治療 | <input type="checkbox"/> 美容注射 | <input type="checkbox"/> その他 |

※その他の方は具体的にご記入下さい。

[_____]

問2 今まで受けられた治療でトラブル(副作用)が生じたことはありますか？

ない ・ ある

◇「ある」とお答えいただいた方は具体的に症状をご記入下さい。

[_____]

問3 どのくらいの間隔で治療に通えますか？ 該当する物を○で囲んで下さい。

(約2～3週間に1回・約1ヶ月に1回・約2ヶ月に1回・半年)

問4 近いうちに控えられているイベントはありますか？

ない ・ ある (ある方は時期をご記入下さい。 月 日頃)

問5 以下の中で興味があるものすべてにチェックして下さい。

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> シワ | <input type="checkbox"/> たるみ | <input type="checkbox"/> リフトアップ | <input type="checkbox"/> ニキビ痕 | <input type="checkbox"/> 毛穴 |
| <input type="checkbox"/> シミ | <input type="checkbox"/> 痩身 | <input type="checkbox"/> 美白 | <input type="checkbox"/> 肝斑 | <input type="checkbox"/> ホクロ除去 |
| <input type="checkbox"/> 保湿ケア | <input type="checkbox"/> 脱毛 | <input type="checkbox"/> ボトックス注射 | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注入 | |
| <input type="checkbox"/> 美容注射 | <input type="checkbox"/> 美容点滴 | <input type="checkbox"/> その他 | | |

※その他の方は具合的にご記入下さい。

[_____]

☆自費診療は完全予約制となります。