

問診票		年 月 日	
当院では、個人情報保護法に基づきお預りした情報を厳正に管理しプライバシーを尊重・保護するよう努めておりますが、誤りのないようお名前や治療名などを受付にて確認をさせていただいております。特別にご配慮を希望される方はあらかじめお申し出いただけますようお願いいたします。			
ふりがな		生年月日	
氏名	様 (男・女)	大・昭・平 年 月 日 才	
ご職業	会社員・会社役員・自営業・専門職・アルバイト・パート・主婦・学生 無職 その他( )		
住所	〒		
電話番号 (2つ必須)	1.本人 ( )	2.緊急連絡先(口御自宅 口御家族 口お勤め先 口その他) ( )	
(1)治療のご希望をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 保険内のできる治療を希望 <input type="checkbox"/> 保険適用外の自費治療を希望 <input type="checkbox"/> 保険内を希望するが、治療の内容によっては自費治療も検討		
(2)どのような症状・お悩みに対して診察を希望されますか？	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> イボ <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> ホクロ <input type="checkbox"/> 多汗症 <input type="checkbox"/> ただれ <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> ワキガ <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> 水ぶくれ <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> しみ / そばかす <input type="checkbox"/> ニキビ / 吹き出物 <input type="checkbox"/> 美容上の赤み <input type="checkbox"/> 肝斑 <input type="checkbox"/> ニキビ痕の色 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 美白 / くすみ <input type="checkbox"/> ニキビ痕の凸凹 <input type="checkbox"/> 敏感肌 <input type="checkbox"/> シワ / たるみ <input type="checkbox"/> 毛穴の開き <input type="checkbox"/> 美容機器治療 ( ) <input type="checkbox"/> 二重あご <input type="checkbox"/> 毛穴のつまり <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ほうれい線 <input type="checkbox"/> 毛穴の黒ずみ <input type="checkbox"/> 目の下のクマ <input type="checkbox"/> ざらつき		
(3)それはどの部位ですか？	顔・頭・胸・腹・背中・腕・手・足・下肢 耳・首・陰部・その他( )		
(4)その症状に対して市販薬または他院からの処方薬を使用しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (薬の名前/ ) (使用期間/ ) <input type="checkbox"/> いいえ		
(5)既往歴(今までの病気についてお知らせください)	<input type="checkbox"/> ある(病名/ いつ頃/ ) <input type="checkbox"/> ない		
(6)薬や食べ物によるアレルギー	<input type="checkbox"/> ある(薬の名前/ 食べ物/ ) <input type="checkbox"/> ない		
(7)現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ある(病名/ ) <input type="checkbox"/> ない		
(8)現在服用中の薬	<input type="checkbox"/> ある(薬の名前/ 何の薬ですか/ ) <input type="checkbox"/> ない		
(9)女性の方はお答え下さい。	妊娠中である・妊娠の可能性がある・妊娠していない・授乳中である		
(10)精神科や心療内科への通院歴	<input type="checkbox"/> ある(病名/ 使用した薬/ ) <input type="checkbox"/> ない		
(11)歯科などで麻酔の経験	<input type="checkbox"/> ある(その時異常はありましたか?/ はい・いいえ ) <input type="checkbox"/> ない		
(12)当院をどのように知りましたか？	<input type="checkbox"/> 紹介( 様) <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索エンジン <input type="checkbox"/> その他( )		
(13)美容施術経験(脱毛含む)	<input type="checkbox"/> ある(エステサロン 美容皮膚科 美容外科 その他( ) ) <input type="checkbox"/> ない		
(14)(13)で「ある」とお答えの方	いつ頃( くらい前) / 受けた施術内容( )		
(15)今後何か大事なご予定はありますか？(結婚式・成人式・同窓会 etc)	はい( 年 月 日/ ) ・ いいえ		
★ お得なキャンペーン情報やメールマガジン限定のクーポン (希望される方はメールアドレスをご記入ください) 希望する( @ ) ・ しない			

※ 自費診療メニュー希望の場合も、医師が皮膚の状態を診察しますので保険証をお持ち下さい。