

ふりがな

氏名 性別 男 女 職業 () 未婚 既婚
生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 歳

郵便番号 (-)

住所

電話番号 () / 携帯番号 ()

■ 工作中的ケガや工作中的のやけど、交通事故ですか？

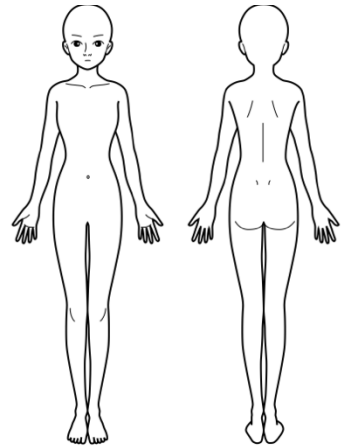
いいえ はい (年 月 日受傷)

■ 本日の診察は？ 一般皮膚科 美容皮膚科 (保険適応外 自費初診料3,000円 税別)

■ 症状が出たのはいつからですか？ (年、 月、 週、 日、 時間) 前から

■ 部位はどこですか？ 印でかこんでください →

- かゆい 痛い 痛くもかゆくもない
- やけど その他 ()
- にきび(保険) にきび跡(美容)
- 薄毛 ピアス レーザー脱毛を受けたい
- 美容の相談



■ その症状に対して、これまで治療を受けたことがありますか？

なし あり (どこで) (いつ頃)

■ 他に、他科にかかっている病気はありますか？

心臓病 腎臓病 肝臓病 緑内障 糖尿病 その他 ()

■ 現在、服用中のお薬はありますか？

なし あり ()

■ アレルギーがありますか？

なし あり 薬、食べ物、その他 ()

■ 女性の方のみ

現在妊娠されていますか？ はい 予定日 _____ いいえ 不明
 現在授乳されていますか？ はい いいえ

ふりがな

氏名 _____ 性別 男 女 職業 (_____) 未婚 既婚
生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 年齢 _____ 歳

住所 (〒 _____)

電話番号 (_____) / 携帯番号 (_____)

■どのような症状に対して診察を希望されますか？

- しみ そばかす くすみ クマ ほくろ
 しわ たるみ ニキビ跡 毛穴の開き 毛穴の黒ずみ
 薄毛 その他 (_____)

■これまでお顔の美容治療やエステ、脱毛などを受けたことがありますか？

- ない
 ある

いつ頃：(_____ 年、 _____ 月、 _____ 週、 _____ 日) 前

受けた場所： 医療機関 エステサロン その他 (_____)

治療の内容： レーザー ピーリング イオン導入 注射
 飲み薬 塗り薬 その他 (_____)

☆ニキビの薬を使っている方は薬品名を教えてください (_____)

■治療に対するご希望はありますか？

- ホームケアに興味がある (化粧品を使いたい)
 レーザー治療をしたい / 注射をしたい / エステをしたい
 なるべくダウンタイムが無い方がよい
 多少ダウンタイムがあっても即効性のあるものがよい
 その他 予算など (_____)

※ダウンタイムとは・・・治療後にみられる赤み出血斑などの事で、見た目に支障をきたす期間のことです。

■以下に該当する項目がありますか？

- 目の病気がある (白内障や緑内障) 金属アレルギー 麻酔薬で異常があった
 体内に金属が入っている (ペースメーカー、インプラント、フェイスリフト (金の糸))
 肌がかぶれやすい ケロイド体質 日焼けをよくする 美顔器を使っている
 治療中の病気がある (_____)

■女性の方のみ

- 現在妊娠されていますか？ はい いいえ (妊娠の可能性 あり / 予定日 _____ なし)
 現在授乳されていますか？ はい いいえ