

あやこ長久手皮ふ科 美容問診票

年 月 日

フリガナ		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	年齢	歳
お名前		生年月日	年 月 日	
ご住所	〒 ー			
電話番号		職業		

[1] 悩みがある方は下記よりお選びください

- シミ くすみ そばかす しわ ニキビ ニキビ跡 毛穴
 肌荒れ 赤ら顔 ほくろ 肌の張り 男性型脱毛 まつげ アンチエイジング

[2] どのような治療に興味がありますか。

- ダーマペン 医療レーザー脱毛 レーザーフェイシャル レーザーシャワー ピーリング
 ピアス マッサージピール エレクトロポレーション 内服(肝斑、AGA) まつげ育毛剤
 外用(トレチノイン、ハイドロキノン、メトニダゾール) 注射(プラセンタ、白玉注射、美白点滴、にんにく注射)
 化粧品(ゼオスキン、ビューティフルスキン、ラシャスリップス)

[3] 他の美容クリニック、エステティック等に行かれた経験はありますか。

- ない ある ()

[4] 健康状態など当てはまるものにチェックをつけ、ご記入ください。

体調	<input type="checkbox"/> 好調 <input type="checkbox"/> 不調
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
常備薬	<input type="checkbox"/> 頭痛薬 <input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> 胃腸薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 避妊薬 その他 ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 光 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 その他 ()
婦人科系	生理はいかがですか。 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> 現在妊娠している()ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠する予定あり <input type="checkbox"/> 授乳中
嗜好品	アルコール 週 () 日 タバコ 1日 () 本
その他	体内に金属類を入れていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
スキンケア	現在使用中の化粧品メーカー ()

[5] どちらで当院の美容治療をお知りになりましたか。

- インターネット 通りがかり 看板 紹介 院内掲示 通院中に知った
その他 ()