

美容問診票

ID:		R.	/	/
ふりがな		性別	男性・女性	
お名前				
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒 -			
電話番号	- -			

●当院の美容診療を初めて受診される方は、初診料として ¥2,970円 かかります●

① お悩みについて(複数可)

- シミ そばかす 肝斑 くすみ ニキビ ニキビ跡
毛穴の開き しわ・たるみ 黒ずみ 赤ら顔 スキンケア・ホームケア
その他()
化粧品購入 (化粧品名:) (以前購入していたクリニック:

※継続して使用している化粧品につきましては、新患様でも窓口購入可能です。
初めて購入される化粧品につきましては、診察を受けていただいてからのご購入となります。

② その症状に対して、これまで治療を受けたことはありますか？

はい・いいえ

いつ頃ですか？ (年 月頃)

- 医療機関 エステティックサロン

どのような治療でしたか？

- レーザー(種類:) 内服(名:) ハイドロキノン
その他()

③ アレルギー、持病、身体について

- アルコール じんましん アトピー 光 日光
刺青 生理中 妊娠中・妊活中 授乳中
その他()

④ 現在、大きな病気の治療をしていますか？ また、副作用が生じたことがありますか？

はい・いいえ (病名:)
(副作用:)

⑤ 現在、体内に金属類を入れてますか？(歯・金糸も含む)

はい・いいえ (部位:)

⑥ エステサロンに通っていた経験がありますか？

はい・いいえ (施術内容:)
(その後のトラブル:)

⑦ 脱毛サロンに通っていた経験がありますか？

はい・いいえ
いつ頃ですか？ (年 月頃)
どこで受けましたか？ ()
部位 ()

⑧ 今後、日焼けをする予定はありますか？

はい・いいえ
いつ頃ですか？ ()