

# 問診票 (美容)

ふりがな  
名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 T/S/H \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

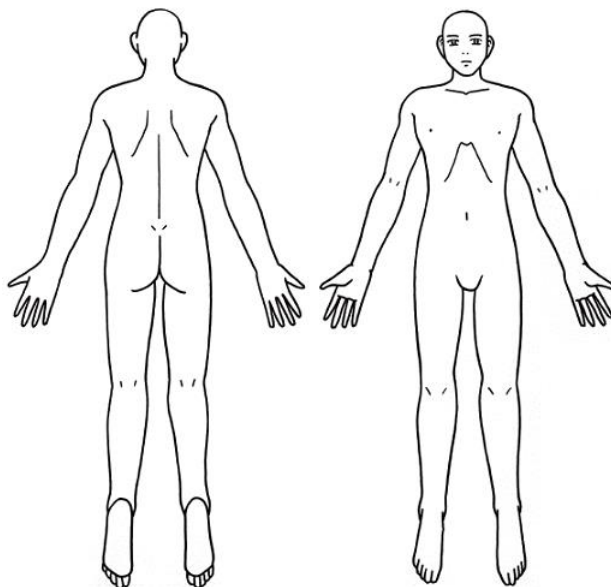
年齢 \_\_\_\_\_ (才) 体重 \_\_\_\_\_ (kg) ご職業 \_\_\_\_\_

Q1 今日はどこを診てもらいたいですか？

※右の図に書きこんでください。

Q2 どんなところが気になりますか？

しみ ・ ほくろ ・ そばかす ・ しわ  
毛穴 ・ 赤ら顔 ・ ニキビ痕 ・ あざ  
薄毛 ・ 脱毛 ・ プラセンタ注射  
その他 ( \_\_\_\_\_ )



Q3 そのことで他院で治療を受けたことはありますか？

はい → 医療機関で ・ エステで ・ その他  
いいえ → Q5に進む

Q4 Q3 ではいの方はどのような治療を受けられましたか？

( \_\_\_\_\_ )

Q5 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

はい → どのような症状でしたか？ 倒れた ・ 発疹がでた ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
飲み薬 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 注射 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

Q6 今までにかかった病気があれば選んでください。

特になし・アトピー性皮膚炎・花粉症・ぜんそく・糖尿病・胃の病気・心臓病・高血圧  
肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・緑内障・その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q7 現在飲んでいるお薬はありますか？

ある ( \_\_\_\_\_ )  
ない

Q8 女性の方に質問です。

妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠はしていない ・ 授乳中である

Q9 今後何か大事なご予定はありますか？(同窓会・成人式・披露宴など)

はい → (予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日：内容 \_\_\_\_\_ )  
いいえ

Q10 お顔の診察を希望される方 → 本日お化粧はしていますか？

はい → お化粧を落としていただくことは可能ですか？ はい ・ いいえ  
いいえ

Q11 当院を何にお知りになりましたか？

フェイスブック ・ ホームページ ・ 通りがかり ・ 口コミ ・ その他

お疲れ様でした。受付に渡していただき、もうしばらくお待ちください。