美容皮膚科問診票

これらの自費診療について説明と費用をきいてみたい⇒　□はい　□いいえ

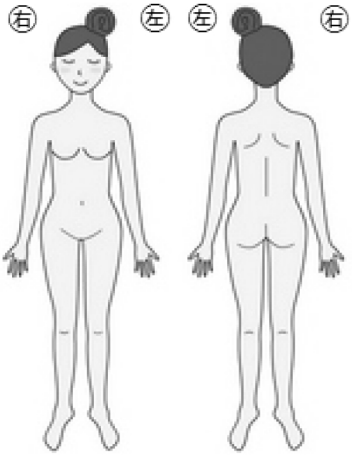
お名前		ご職業	
・女性のニキビの方は保険のみご希望の方もご記入ください（無理に自費診療をお勧めすることはありません） ・美容治療は、自費診療となります。(保険はご使用になれません) ・お顔の場合は、できればお化粧を落してから診察させていただきます			

①本日の受診目的を教えてください

シミ　そばかす　肝斑　くすみ　シワ　ニキビ・ニキビあと　毛穴　肌荒れ　脱毛希望
赤ら顔　ほくろ　脱毛症　血管腫　傷あと　たるみ　入れ墨除去

その他(　　)

②症状の出ている箇所(右の図)に〇をつけてください



③その症状はいつ頃からですか？

④その症状に対して、これまでに治療を受けたことがありますか？

いつ頃(　　)

受けた場所　：　医療機関　エステティックサロン　その他(　　)
治療内容　：　レーザー　光治療　ピーリング　イオン導入　エレクトロポレーション　HIFU　注射　点滴
その他(　　)

⑤現在日焼けをしていますか？　（ はい ・ いいえ ）

⑥日焼け止めは塗っていますか？　（ 毎日 ・ 時々 ・ ほとんど塗らない ）

⑦クレンジングはどんなものをお使いですか？（オイル・ふき取り・バーム・ジェル・クリーム・ミルク・その他（　　））

⑧生理周期で悪化することはありますか？　（ はい ：　　・ いいえ ）

⑨洗顔やメイクの時にこするクセはありますか？　（ はい ・ いいえ ）

⑩ケロイド体質はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

⑪金属アレルギーはありますか？　（ はい ・ いいえ ）

⑫光線過敏症はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

⑬毛染め薬や化粧品、外用薬でかぶれたことはありますか？　（ はい ：　　・ いいえ ）

⑭いれずみ、アートメイク、金の糸をされていますか？　（ はい ：　　・ いいえ ）

⑮リウマチの治療などで金製剤を使ったことはありますか？　（ はい ・ いいえ ）

⑯今後、何か大事なイベントがありましたらお書きください

【　　年　　月　　日 】（　　）　がある

ご記入ありがとうございました