

## 問診票

ご来院前に問診票(2枚)とアンケート(1枚)をダウンロードしてご記入いただき、ご来院の際にご持参ください。

カルテNO.		性別	男性 ・ 女性
お名前	フリガナ	未婚・既婚	未婚 ・ 既婚
		ご職業	会社員・主婦・学生・自営業・その他( )
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)	保護者氏名 (未成年の方のみ)	
住所	〒 —		
電話番号	ご自宅: _____	携帯電話: _____	※急な休診・予約変更などのご連絡をすることがございますので、必ずご連絡のとれる電話番号とメールアドレスのご記入をお願いします。
メールアドレス	_____@_____		
緊急連絡先	※万が一の緊急時にご連絡させていただき、ご親族の緊急連絡先のご記入をお願いいたします。 お名前: _____ 続柄: _____ 電話番号(ご自宅・携帯): _____		

■本日はどのようなご相談でご来院されましたか？

◆該当の項目にチェック✓をつけてください。右のイラスト:症状のある部位を囲んでください。

- シミ    くすみ    肝斑    シワ・小ジワ    ニキビ・ニキビ跡  
毛穴    たるみ    ほくろ・イボ    赤ら顔    小顔    痩身  
多汗症    スキンケア相談    その他( )

■その症状はいつ頃から気になりましたか？

( )頃から/( )歳から



■これまでに美容治療を受けたことがありますか？(いいえ・はい)

◆はいとお答えになった方は詳細を以下にご記載してください。

時期: 年 月頃 / 治療名: \_\_\_\_\_ / クリニック名: \_\_\_\_\_

時期: 年 月頃 / 治療名: \_\_\_\_\_ / クリニック名: \_\_\_\_\_

時期: 年 月頃 / 治療名: \_\_\_\_\_ / クリニック名: \_\_\_\_\_

◆過去に下記の治療を受けられた方は○をつけてください。※安全な治療のため、必ずご記入ください。

- 糸挿入(金の糸/溶けない糸/溶ける糸)    シリコンプロテーゼ/ゴアテックス  
溶けない注入剤(レディエッセ/成長因子入りPRP注入/アクアミド/エランセ) (部位: \_\_\_\_\_)  
美容外科手術(二重まぶた/鼻の整形/フェイスリフト(切開手術))    脂肪吸引 (部位: \_\_\_\_\_)  
脂肪注入 (部位: \_\_\_\_\_)    その他( )

◆今までに受けた治療でトラブルや副作用が出たことはありますか？

ない・ある(具体的な症状: \_\_\_\_\_)

■本日の施術をご希望ですか？(いいえ・はい)

■本日もまたは2週間以内に、大事にご予定がありますか？(いいえ・はい:予定日 内容 )  
(同窓会、結婚式、レジャー・旅行など)

■現在治療中または過去に治療歴のある病気にチェック ✓ をつけてください。

高血圧  糖尿病  気管支喘息  結核  不整脈  心筋梗塞  脳梗塞  ヘルニア  がん  てんかん  リウマチ  
 膠原病 (SLE、皮膚筋炎、強皮症、その他)  甲状腺疾患 (バセドウ病/橋本病)  白内障  緑内障  アレルギー性鼻炎/結膜炎  
 アトピー性皮膚炎  精神疾患  婦人科系疾患 (病名: )  その他 ( )

■手術を受けたことがありますか? (いいえ・はい)

◆はいとお答えになった方は詳細を以下にご記載してください。

時期: 年 月頃 / 治療名: / クリニック名:

時期: 年 月頃 / 治療名: / クリニック名:

■現在内服中のお薬はありますか? (いいえ・はい:薬名 )

※当院で処方する薬と併用禁忌になる場合がございますので、かならずご記入ください。通院途中に服用する場合はスタッフにお申し出ください。

■現在内服中のサプリメントや健康食品はありますか? (いいえ・はい:商品名 )

■アレルギーはありますか? (いいえ・はい)

◆はいとお答えになった方は詳細を以下にご記載してください。

食べ物: 薬: 日光: その他:

◆ご自分か、または近親者で麻酔アレルギーをおこしたことはありますか?

ない・ある (具体的な症状: )

■採血や注射で気分が悪くなったことはありますか? (いいえ・はい)

■傷跡が隆起して治るケロイド体質はありますか? (いいえ・はい)

■過去にトラブルのあった化粧品はありますか? (いいえ・はい:化粧品名 例:ハイドロキノン )

■女性の方にうかがいます。

◆現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性はありますか?

ない・ある (妊娠 週 または、最終生理日 月 日)

◆出産歴はありますか?

いいえ・はい ( 歳の時 歳の時 歳の時)

◆現在授乳中ですか?

いいえ・はい (お子様の年齢: 歳 か月)

◆生理不順はありますか?

いいえ (もしくは閉経)・はい (生理が来ない・生理周期が乱れている・生理痛・更年期障害)

## クリニックからのアンケート

■お肌のお悩みはありますか?(\*複数回答可)

- シミ シワ・小ジワ たるみ 小顔 美肌 お肌の色(美白)  
その他( )

■毎月美容にかけている金額を教えてください。

- ヘアサロン( )円 化粧品( )円 エステサロン( )円  
美容クリニック( )円 ネイル( )円 まつげ( )円  
その他( / )円

■どのようにして当院をお知りになりましたか? 当てはまる項目にチェック ✓ をつけてください。

- ホームページ LINE instagram インターネット広告 タウン誌 電子看板(大江中央消防署向かい)  
当院ビルサイン ご紹介(ご紹介者: )様 その他( )

■当院へ来院された理由をお聞かせください。当てはまる項目にチェック ✓ をつけてください。(\*複数回答可)

- 治療メニューへの興味・期待(内容: ) 院長の経歴への信頼・期待(内容: )  
症例への興味・期待(内容: ) 最新の美容医療トレンドへの興味・期待(内容: )  
価格(内容: ) その他( )

■特別なキャンペーンやプレゼント情報、お肌についてのサロンセミナー情報をお送りしてもよろしいですか?

- はい いいえ

ご協力ありがとうございました。

ご記載していただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき、診療以外には使用いたしません。