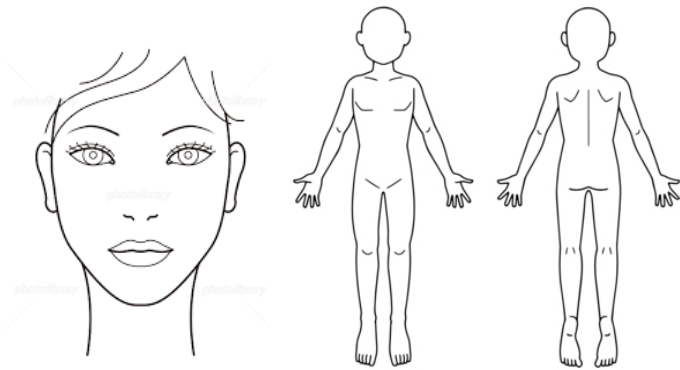


美容皮膚科問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		職業	
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
住所	〒		
Eメールアドレス		電話番号	

1. どのようなご相談でいらっしゃいましたか？内容と部位に○をつけてください。



- ① 相談内容 ( )  
 部位 ( )  
 いつから ( )
- ② 相談内容 ( )  
 部位 ( )  
 いつから ( )

2. ほかの美容クリニックでの治療経験はありますか？ ( なし ・ あり )

治療の内容は何ですか？ ( )  
 効果はいかがでしたか？ 効果あり ・ 効果不十分 ・ 効果不明 (その他： )  
 現在も継続中の治療はありますか？ なし ・ あり (内容： )

3. 治療するにあたり、どのように望まれますか？

- 保険診療のみ希望する      自費治療も考慮する      自分の肌によいことは何でもしてみたい  
今日ご相談の内容のみ検討したい      ホームケアについても相談したい

4. 自費治療をご希望される場合のだいたいのご予算をお答えください。

月額：( ) 万円程度・総額：5万円以内・10万円以内・15万円以内・20万円以内・気にしない

5. 今後、何か大事なご予定はありますか？ (同窓会、結婚式、披露宴、旅行など)

いいえ ・ はい (いつ： ) ・ どのような： )

6. 現在治療中の病気はありますか？又は大きな病気をされた方は下記にご記入ください。

病名 ( )  
 内服中の薬 ( )

7. これまでお薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか？

いいえ ・ はい (内容： )

8. 下記内容に該当する場合は□にチェックしてください

- 妊娠中   妊娠希望   授乳中   リウマチの方、金製剤の服用歴がある方   日光過敏の方  
顔に肌色や白色の刺青を入れている方   顔に金の糸を入れている方   ケロイド体質の方  
抗凝固剤 (バイアスピリン・ワーファリン等) 内服中の方   出血性疾患を有する方  
ペースメーカーやボルト等体内に金属が入っている方   高血圧の方   高脂血症の方  
膠原病の方   蕁麻疹の方   インプラント (シリコンなど) ヒアルロン酸注入を行った方  
過去に化粧品にかぶれたことがある方

9. 当院をどのように知りましたか？

- 家族・知人の紹介   インスタグラム   ホームページ   駅の看板  
その他 ( )

裏面もご記入ください→

<下記の症状にお悩み又は下記の治療にご興味がありましたら□にチェックしてください>

お悩み	治療	お悩み	治療
<input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> 肝斑 <input type="checkbox"/> そばかす <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> あざ	<input type="checkbox"/> ピコスポット <input type="checkbox"/> ピコトーニング <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル (M22) <input type="checkbox"/> リバースピール <input type="checkbox"/> 美白内服・外用治療	<input type="checkbox"/> にきび	<input type="checkbox"/> ケミカルピーリング <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル (M22) <input type="checkbox"/> V ビーム II
<input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> にきび跡 (赤み痕・ 凹凸痕)	<input type="checkbox"/> ダーマペン <input type="checkbox"/> ピコフラクショナル <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル (M22) <input type="checkbox"/> TCA クロス <input type="checkbox"/> サブシジョン <input type="checkbox"/> ジュベルック注射	<input type="checkbox"/> しわ <input type="checkbox"/> ほうれい線 <input type="checkbox"/> たるみ	<input type="checkbox"/> ボトックス注射 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 <input type="checkbox"/> HIFU (ハイフ) <input type="checkbox"/> ジュベルック注射
<input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> 赤あざ <input type="checkbox"/> 血管腫	<input type="checkbox"/> V ビーム II <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル (M22)	<input type="checkbox"/> 医療脱毛	<input type="checkbox"/> レーザー脱毛
<input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> ほくろ	<input type="checkbox"/> 炭酸ガスレーザー	<input type="checkbox"/> 美肌治療	<input type="checkbox"/> ピコフラクショナル <input type="checkbox"/> ダーマペン <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル (M22) <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング <input type="checkbox"/> マッサージピール <input type="checkbox"/> ジュベルック注射 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 (ボライト)
<input type="checkbox"/> 男性型脱毛症 <input type="checkbox"/> 女性型脱毛症	<input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> 外用治療 <input type="checkbox"/> ミノキシジル注射	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> にんにく注射 <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> 白玉注射 <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミン C 点滴 <input type="checkbox"/> 脂肪溶解注射 <input type="checkbox"/> アートメイク <input type="checkbox"/> クリニック専売化粧品

<上記のチェック項目についてアドバイスを希望されますか? >

- 可能な限り美容医療全般に関するアドバイスを希望します。  
今回のお悩みに関連する情報であればアドバイスを希望します。  
特に必要ありません。

ご記入いただきありがとうございました。  
受付までご提出ください。



Setagaya Skin Care Clinic