

美容皮膚科問診票

(下欄は5年以内に当院受診歴あり、変更ない人は名前以外記入不要)

ふりがな	tel :
名前	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
住所	

① 本日のカウンセリング目的に○をつけて下さい

A : 受けたい施術が決まっています、その相談だけがしたい

(例えばケミカルピーリングがしたい等) → ②へお進み下さい

B : 取りたいホクロ・シミ (局所のシミ) が決まっている → ③へお進み下さい

C : 広範囲のシミやクスミ・シワ・タルミなど全体のアンチエイジング希望 → ④へお進み下さい

D : ニキビやニキビ跡、傷跡などの治療をしたい → 裏面⑤以降にお答え下さい

② ①でAを選んだ方へ質問です。希望の施術に○をつけて下さい

- ・ケミカルピーリング
- ・Qスイッチレーザー
- ・イオン導入
- ・プラセンタ注射
- ・オーロラ (SRA・ST)
- ・ボツリヌストキシン注射 (シワとり注射)
- ・塗り薬治療 (シミ・アンチエイジング)
- ・エコツー (炭酸ガスフラクショナルレーザー)



③ ①でBを選んだ方へ質問です。治療希望のホクロ・シミの場所だけに左図に印をつけて下さい (治療希望の場所だけ)

④ ①でCを選んだ方へ質問です。治療希望の項目に○をつけ、場所を左図にかいて下さい (複数ある場合は優先順位をつけてください)

- a) 額、眉間、目尻などのシワ b) まぶたや上唇などのちりめんジワやたるみ
c) 毛穴の開きやキメの改善 d) ほうれい線や二重あごなどのたるみ
e) しみ・くすみ f) その他 ()

優先順位 () → () → () (例) (a) → (d) → (b)

裏へ続きます

⑤ 今までに美容治療経験がありますか？(複数選択可)

- ・シミのレーザー治療 ・光治療(IPLなど) ・ケミカルピーリング
- ・イオン導入 ・ボツリヌストキシン注射 ・ヒドロキノン
- ・ヒアルロン酸注入(シワ取り注射) ・レチノイン酸
- ・フラクショナルレーザー ・HIFU ・レーザー脱毛
- ・その他()

→美容治療を受けている方に質問です。直近の施術はいつでしたか？
()

⑥ 血が止まりにくくなる薬や、ステロイド・免疫抑制剤を内服したり、
光線過敏の診断を受けたことがありますか？

- ・ない
- ・ある→詳しくは→

⑦ ペースメーカー装着、コントロール不良の糖尿病、
痙攣発作(特に光で誘発されるもの)、心臓発作などがありますか？

- ・ない
- ・ある→詳しくは→

⑧ (抜歯などの歯科治療も含めて)
今までに麻酔(注射・クリーム・シールなど)の経験がありますか？ (ある ・ ない)

⑨ 消毒のアルコールでかぶれたことはありますか？ (ある ・ ない)

⑩ 下記に当てはまるものがありますか？(複数選択可)

- ・半年以内に大切なイベントがある(冠婚葬祭・写真撮影や、ひと目が気になるイベント)
- ・妊娠中・授乳中または近日中に妊娠希望
- ・日常生活での長時間の日焼け
(紫外線が強い場所への旅行、部活動レベルの野球やテニスなど。短時間の通勤などは除く)

⑪ 今回受診のきっかけを教えてください？(複数選択可)

- ・院内の動画やパンフレットを見た ・ホームページを見た ・知人の紹介
- ・その他()

以上で終了です。以下の当日のご注意をよくお読みのうえ、ご来院ください

- カウンセリングでお悩みの部分がよく見えるようにメイクを落としてご来院ください(どうしても落としてこれない場合は部分的に拭き取ります)
- 当日のキャンセルはキャンセル料2000円を申し受けますのでご注意ください。
- 健康保険証と記入済みのこの問診票をお持ちください。