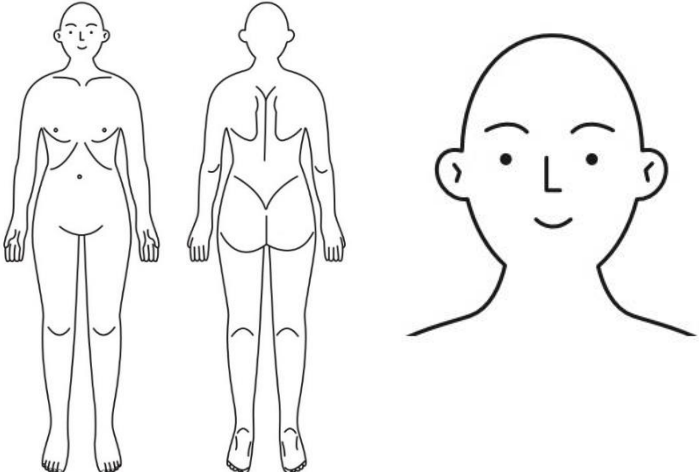


美容皮膚科問診票

フリガナ		性別	生年	明・大・昭・平	職業
氏名		男・女	月日	年 月 日( 歳)	
住所	〒 -	TEL			
					携帯番号

<p>■ お悩みの症状を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/>しみ <input type="checkbox"/>そばかす <input type="checkbox"/>肝斑 <input type="checkbox"/>顔の赤み  <input type="checkbox"/>しわ <input type="checkbox"/>毛穴 <input type="checkbox"/>たるみ <input type="checkbox"/>目のクマ  <input type="checkbox"/>ニキビ <input type="checkbox"/>ニキビあと <input type="checkbox"/>ざらつき  <input type="checkbox"/>その他 [ ]</p> <p>■ 希望の施術などがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>レーザー脱毛 <input type="checkbox"/>美容注射・点滴  <input type="checkbox"/>シミとりの治療 <input type="checkbox"/>育毛剤 <input type="checkbox"/>サプリメント  <input type="checkbox"/>ハイドロキノンの購入希望  <input type="checkbox"/>その他 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/>ピアス (両耳・片耳)          麻酔クリーム (希望する・希望しない)          金属アレルギー (あり・なし)</p>	<p>■ 相談したい部位はどこですか？ ○をつけてください。</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>■ お顔のカウンセリングの方のみお答えください。          ※本日はお化粧をされていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
--	---

■ お悩みの症状に対して、これまでに他で治療を受けられたことはありますか？ いいえ はい

エステサロンで：治療内容 [ ] いつ頃 [ ]

医療機関で：治療内容 [ ] いつ頃 [ ]

■ 金の糸やリフトアップの手術を受けられたことはありますか？ いいえ はい(いつ頃 )

■ ボトックスやヒアルロン酸の注射を受けられたことはありますか？ いいえ はい(いつ頃 )

■ 現在内服している薬や外用している薬はありますか？ いいえ はい お薬手帳を持参している  
 (お薬名)

■ 他に現在治療中の病気や、過去に大きな病気や手術を受けられたことはありますか？ いいえ はい  
 (病名・手術名) 歳頃

■ 薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？ いいえ はい  
 (薬・食べ物等の名前)

■ 感染症はありますか？ いいえ はい  
B型肝炎(HBV) C型肝炎(HCV) ヒト免疫不全ウイルス(HIV) その他 [ ]

■ 今まで注射や点滴で気分が悪くなったり、倒れたりしたことはありますか？ いいえ はい

■ 消毒にアルコールを使用してもよろしいですか？ いいえ はい

■ 女性の方のみお答えください。  
 ※現在妊娠中ですか？ いいえ はい(妊娠 週目) 可能性がある  
 ※現在授乳中ですか？ いいえ はい( カ月)

■ 本日は何を見て来院されましたか？

インターネットをみて 他院からの紹介 知人の紹介 家族の紹介 (紹介者： 様)

ファクトリーの看板 新聞や雑誌 広告・チラシ ファクトリー館内勤務(店舗名 )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。