

サッポロファクトリー皮膚科・スキンケアクリニック
美容皮膚科用 問診票

フリガナ _____

お名前 _____ 女・男 生年月日 大・昭・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

〒 _____
ご住所 _____ ご職業 _____

自宅 TEL (_____) _____ ー _____ 携帯 TEL (_____) _____ ー _____

ご連絡しても良い番号はどちらでしょうか？ 自宅・携帯

☑アドレス： _____ @ _____

1. どのような症状ですか？

しみ、しわ、ニキビ、ニキビあと、毛穴、たるみ、クマ、レーザー脱毛
美容注射・点滴、育毛剤、ピアス(両耳・片耳)、コスメ

2. それはどの部位ですか？

頭、顔、胸、腹、背中、腕、手、足、耳、その他(_____)

3. その症状に対してこれまでに治療を受けられましたか？

いいえ・はい ▶ 医療機関で・エステサロンで

4. 3ではいとお答えいただいた方は、これまでどのような治療をいつ頃受けられましたか？

治療法(_____) いつ頃(_____)

治療法(_____) いつ頃(_____)

※金の糸によるリフトアップ手術を受けたことがある いつ頃(_____)

※ボトックスやヒアルロン酸等の注入療法を受けたことがある いつ頃(_____)

5. 今までお薬や食べ物、化粧品等でアレルギー症状が出たことがありますか？

いいえ・はい ▶ 飲み薬・注射・食べ物・金属・化粧品・花粉症

6. 5ではいとお答えいただいた方は、アレルギーのある薬や食べ物がある方は教えてください。

例：りんご、抗生剤(_____)

7. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい ▶ 病名(_____)

8. 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(_____)

9. 今まで注射や点滴で、具合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

10. 女性の方へ

現在妊娠している(_____ カ月) ・ 可能性あり ・ 妊娠していない ・ 授乳中(_____ カ月)

11. ご来院のきっかけを教え下さい。

HP・知人の紹介(_____ 様)、家族の紹介(_____ 様)

ファクトリー看板、案内を見て・その他(_____)

12. 今後何か大事なご予定はありますか？

いいえ・はい ▶ 同窓会・成人式・結婚式・その他(_____)

