

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 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ご連絡しても良い番号はどちらでしょうか？ 自宅・携帯

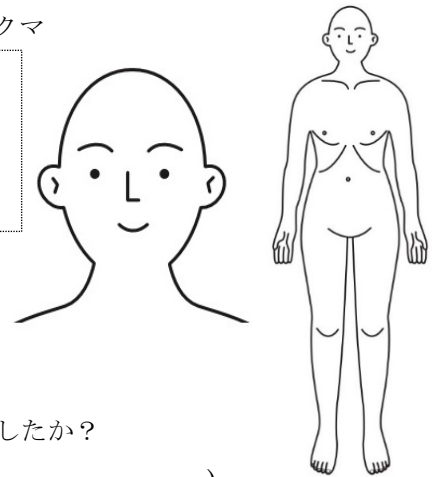
アドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

1. どのような症状ですか？

しみ、そばかす、肝斑、ニキビ、ニキビあと、顔の赤み、しわ、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 (右・左)
- ・麻酔希望 有/無
- ・金属アレルギー 有/無



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わか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、もしくは過去に大きな病気 (入院・手術・通院等) はありますか？

いいえ・はい ▶ 病名( \_\_\_\_\_ ) 歳頃 \_\_\_\_\_

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。 手帳 あり・なし

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( \_\_\_\_\_ ) ご協力ありがとうございました