

記入日 20 年 月 日

# 問 診 票

奥野医院美容皮膚科



フリガナ お名前	生年月日	昭和・平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	〒	—	歳	既 婚	・ 未 婚
T E L	( )	携帯電話	( )		
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> 看板 ⇒ 看板の場所 ( )	<input type="checkbox"/> 院前を通過	<input type="checkbox"/> 耳鼻科の患者様		
	<input type="checkbox"/> ご家族の紹介 (お名前 )	<input type="checkbox"/> 知人・ご友人 (お名前 )			
	<input type="checkbox"/> 他院医療機関・エステ紹介 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

**美容クリニック・エステのご経験** ない ある ⇒ クリニック・サロン名 ( )

脱 毛 シ ミ 肝 斑 くすみ そばかす し わ たるみ 毛 穴 いぼ・ほくろ  
ニキビ ニキビ跡 赤ら顔 ダイエット 薄 毛 二 重 隆鼻 金の糸 ワキガ  
ボディケア 豊胸 その他 ( )

◎トラブルや気になった点はありましたか◎

現在の通院	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 病名 ( )						
常 用 薬 (内服・外用薬)	<input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 頭痛薬 <input type="checkbox"/> 胃薬 <input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 抗うつ剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 金製剤 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 経口避妊薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> レチノイン <input type="checkbox"/> その他 ( )						
既 往 歴 ※含現在治療中	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸障害 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ホルモン異常 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> あ る ⇒ <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
身体の体質	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔の注射やクリームで気分が悪くなる <input type="checkbox"/> その他 ( )						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 紫外線 <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> その他 ( )						
日焼け時の 皮膚反応	<input type="checkbox"/> 赤くなり、すぐさめる <input type="checkbox"/> 赤くなり、めったに黒くならない <input type="checkbox"/> 赤くなり、時々黒くなる <input type="checkbox"/> たいてい黒くなる <input type="checkbox"/> 必ず黒くなる						
生 理	<input type="checkbox"/> 順 調 <input type="checkbox"/> 不 調 <input type="checkbox"/> な い						
生 理 痛	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る						
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る						
出産経験	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る						
睡眠時間	約 ( ) 時間						
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ⇒ 毎日・時々						
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 1日 ( ) 本						
コンタクト	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用						
顔 そ り	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> してきた						
食 生 活	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 過食気味 <input type="checkbox"/> 食欲不振						
化粧品は同一メーカーの物を一式ご使用されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
化粧品はどの位の期間で使い切りますか？	約 ( ) ヶ月						
<table border="1"> <tr> <td>今、気になっている点は？ ※複数可</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脱毛 普段、自己処理されている部位↓ ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>肝斑 <input type="checkbox"/>くすみ <input type="checkbox"/>そばかす <input type="checkbox"/>しわ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>シミ <input type="checkbox"/>たるみ <input type="checkbox"/>赤ら顔 <input type="checkbox"/>ニキビ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>毛穴 <input type="checkbox"/>ワキガ <input type="checkbox"/>ボディケア</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他</td> </tr> </table>		今、気になっている点は？ ※複数可	<input type="checkbox"/> 脱毛 普段、自己処理されている部位↓ ( )	<input type="checkbox"/> 肝斑 <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> そばかす <input type="checkbox"/> しわ	<input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> ニキビ	<input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> ワキガ <input type="checkbox"/> ボディケア	<input type="checkbox"/> その他
今、気になっている点は？ ※複数可							
<input type="checkbox"/> 脱毛 普段、自己処理されている部位↓ ( )							
<input type="checkbox"/> 肝斑 <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> そばかす <input type="checkbox"/> しわ							
<input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> ニキビ							
<input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> ワキガ <input type="checkbox"/> ボディケア							
<input type="checkbox"/> その他							

【メールアドレス】予約確認等をする場合がございますので必ずご記入ください。

上記の質問事項に相違ありません。

@

ご署名