

記入日 20 年 月 日

# 問 診 票

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 職 業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
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"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒	<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
既 往 歴 ※含現在治療中	<input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> レチノイン <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<input type="checkbox"/> な い	<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"/> あ る ⇒	<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"/> 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
身 体 の 体 質	<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 ( )	
アレルギ―	<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"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒	<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
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	今、気になっている点は？ ※複数可		
生 理 痛	<input type="checkbox"/> な い	<input type="checkbox"/> あ る	□脱毛 普段、自己処理されている部位↓ ( )			
妊 娠 可 能 性	<input type="checkbox"/> な い	<input type="checkbox"/> あ る	□肝斑 □くすみ □そばかす □しわ			
出 産 経 験	<input type="checkbox"/> な い	<input type="checkbox"/> あ る	□シミ □たるみ □赤ら顔 □ニキビ			
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					

上記の質問事項に相違ありません。

