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 男 ・ 女	歳　　既婚 ・ 未婚
住　所	〒　　－		
TEL	（　　）	携帯電話	（　　）
当院を知ったきっかけ	□HP　□LINE　□看板 ⇒ 看板の場所（　　）　□院前を通って　□耳鼻科の患者様 □ご家族の紹介（お名前　　）　□知人・ご友人（お名前　　） □他院医療機関・エステ紹介（　　）　□その他（　　）		

当院を選んでいただいた理由（複数選択可）　□近い　□紹介　□クチコミを見て　□金額　□無料駐車場有り
□その他（　　）

本日、気になっている点は？（複数可）　□脱毛（普段、自己処理している部位：　　）
□肝斑　□くすみ　□そばかす　□しわ　□シミ　□たるみ　□赤ら顔　□ニキビ　□毛穴　□ワキガ　□ボディケア
□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（　　）
◎通われた時期：西暦　　年　　月 ～　　年　　月頃　◎通われた回数：約　　回
◎トラブルや気になった点はありましたか？

現在の通院	□ない　□ある ⇒ 病名（　　）
常　用　薬 (内服・外用薬) □ない □ある ⇒	□血圧降下剤　□頭痛薬　□胃薬　□便秘薬　□整腸剤　□睡眠薬 □生理痛　□抗うつ剤　□ホルモン剤　□金製剤　□抗生剤　□経口避妊薬 □ステロイド　□レチノイン　□その他（　　）
既　往　歴 ※含現在治療中 □　な　い □　あ　る ⇒	□アトピー性皮膚炎　□喘息　□アレルギー性鼻炎　□糖尿病　□高血圧　□心臓病 □肝臓病　□てんかん　□高脂血症　□腎臓病　□胃腸障害　□血液疾患　□貧血 □ホルモン異常　□脳血管疾患　□精神疾患　□リウマチ　□膠原病　□悪性腫瘍　□甲状腺 □静脈瘤　□ヘルペス　□インプラント　□ペースメーカー　□その他（　　）
身体の体質	□便秘　□花粉症　□じんましん　□アトピー　□ケロイド　□血が止まりにくい □麻酔の注射やクリームで気分が悪くなる　□その他（　　）
アレルギー □ない □ある ⇒	□金属　□食物　□薬　□花粉　□紫外線　□化粧品　□アルコール □その他（　　）
日焼け時の 皮 膚 反 応	□赤くなり、すぐさめる　□赤くなり、めったに黒くならない □赤くなり、時々黒くなる　□たいてい黒くなる　□必ず黒くなる

生　　理	□順　調　□不　調　□な　い	睡眠時間	約（　　）時間
生　理　痛	□な　い　□あ　る	アルコール	□飲まない　□飲む ⇒ 毎日 ・ 時々
妊娠可能性	□な　い　□あ　る	タバコ	□吸わない　□吸う 1日（　　）本
出 産 経 験	□な　い　□あ　る	コンタクト	□未使用　□使用

【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。

@

【ご署名】上記の質問事項に相違ありません