

問診票 (美容皮膚科)



かな皮ふ科 (皮膚科・美容皮膚科)

〒470-2309 愛知県知多郡武豊町梨子ノ木四丁目 130-2

電話：0569-84-1112

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和
氏名					年 月 日
住所				電話番号	平成・令和

該当する項目に□にレ点をつけてご回答ください。

①お悩みがあるのは、いつからですか？

□ () 日前から □ () 週間前から □ () カ月前から □ () 年前から

②どのような症状ですか？

□しみ・そばかす・肝斑 □ほくろ・いぼ □にきび・にきびあと □毛穴 □脱毛症・薄毛

□美容点滴・プラセンタ □その他 ()

③上の症状に対してこれまで治療を受けられた方は治療内容について教えてください。

()

④気になる部位はどこですか？右図に○をつけてください。

⑤現在治療中の病気があればご記入ください。

()

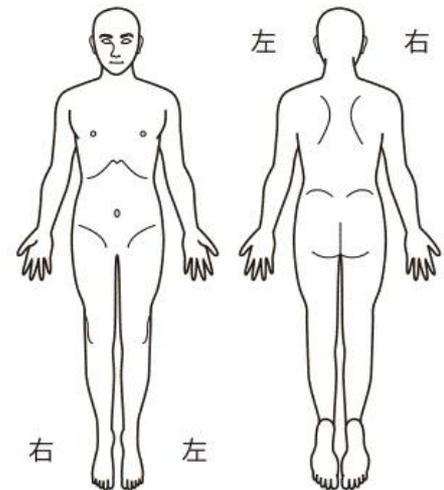
⑥今まで大きな病気や手術をされたことがあれば教えてください

()

⑦アレルギーをお持ちの方はご記入ください。

□ぜんそく □アトピー □花粉症 □アレルギー性結膜炎 □金属

□薬剤 () □食物 □その他 ()



⑧女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？

□はい 妊娠 () ケ月 □いいえ □妊娠の可能性あり □授乳中

⑨施術のレーザーにより、照射後のダウンタイム（施術後の赤みや腫れなど）を認める可能性があります、

ダウンタイムがある施術は可能ですか？ □はい □いいえ

⑩診療や治療、希望の施術などに関してご希望があれば教えてください。

()

ご協力ありがとうございます。