



# 問診票(1/2)

No.

年 月 日

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	年 月 日生 ( 歳 )	血液型	型	
住所	〒( )	DM (ダイレクトメール) 表参道メディカルクリニックの お得な情報をお届けします	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> メールにて希望する <input type="checkbox"/> 郵送にて希望する	
携帯電話番号	( )	連絡可能時間	時 ~ 時	
E-mail	<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.co.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp <input type="checkbox"/> hotmail.co.jp <input type="checkbox"/> icloud.com その他 ( )			

◆ 当院へご来院頂いたきっかけ  にチェックを入れてください。

- ご紹介(紹介者名: )  
 ホームページ    facebook    Instagram (アカウント名: )    フライヤー    アメーバブログ  
 インターネット検索    テレビ番組(番組名: )    雑誌(雑誌名: )  
 その他ブログ(ブログ名 )    その他 ( )

◆ アレルギー

- なし    あり  
 食品( )    植物    金属    日光    アルコール    花粉症  
 麻酔    化粧品    ラテックス・ゴム    薬(薬品名 )  
 その他( )

◆ 今までにかかったことのあるご病気や手術歴(美容目的も含む)について教えてください

- なし    あり  
 高血圧    心疾患    糖尿病    B型肝炎    C型肝炎    リウマチ    結核  
 HIV    梅毒    婦人科疾患    血液疾患    腎疾患    甲状腺疾患    ヘルペス  
 喘息    緑内障    不整脈    アトピー    ケロイド体質    接触性皮膚炎  
 悪性腫瘍(部位: )    輸血    その他( )  
 手術(内容: )    時期: )

◆ 血が止まりにくいと指摘されたことはありますか?

- いいえ    はい

◆ 現在内服、外用中のお薬等について教えてください(市販薬・サプリメント等含む)

- なし    あり  
 抗生剤    風邪薬    痛み止め    睡眠薬    ビル等のホルモン剤    甲状腺の薬  
 精神安定剤    血液サラサラの薬    心臓の薬    血圧の薬    コレステロールの薬    糖尿病の薬  
 リウマチの薬    アレルギーの薬    免疫抑制剤    ステロイド剤    その他( )

◆ 今までに歯科医院等で麻酔を使用した経験はありますか?

- いいえ    はい(何かトラブルが起きたことはありますか?    いいえ    はい)

◆ 肌のタイプで心配な事がありますか?(該当項目全てにチェックをお願いいたします)

- いいえ    はい  
 薄い    弱い    かぶれ易い    傷が治りにくい    ケロイド    湿疹が出易い  
 その他( )

◆ コンタクトレンズを使用していますか?

- いいえ    はい(ハード・ソフト)

◆ 近日中に大切なご予定はありますか?(結婚式・旅行・同窓会など)

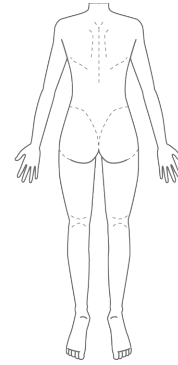
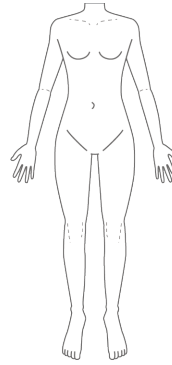
- いいえ    はい



# 問診票(2/2)

◆ 本日も相談されたい内容をご記入ください

◆ お悩みの部位に丸をつけてください



◆ 関心のある項目はありますか?(該当項目全てにチェックをお願いいたします)

- 毛穴     しみ     そばかす     肌荒れ     赤ら顔     アトピー     ニキビ/ニキビ跡     しわ     たるみ  
 くすみ     クマ改善     色素除去     二重     目頭切開     眼瞼下垂     傷跡の修正     小顔     多汗  
 バストアップ     髪のお悩み     アートメイク     ダイエット(部位: \_\_\_\_\_ )  
 鼻(具体的に: \_\_\_\_\_ )     唇(具体的に: \_\_\_\_\_ )  
 その他( \_\_\_\_\_ )

◆ 過去1ヶ月以内に他院やエステサロン、自宅等でピーリング剤、トレチノイン、ハイドロキノンが含まれた基礎化粧品を使用しましたか?

- いいえ     はい

はいの方は施術内容をご記入下さい

◆ 今までに受けたことのある美容治療、もしくは今後予定されている美容治療はありますか?

- いいえ     はい

はいの方は治療内容をご記入下さい

◆ 喫煙習慣はありますか?

- いいえ     はい

はいの方は1日の平均喫煙本数をご記入ください ( \_\_\_\_\_ )本程度

<女性の方にお尋ねします>

◆ 該当項目がありましたらチェックをお願いいたします

- 妊娠している     妊娠の可能性がある     授乳中