

美容皮膚科問診票

ID:

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
お名前		男 ・ 女	大・昭 平・令 年 月 日 （ 歳）	
ご住所 〒			自宅電話	
			携帯電話	
フリガナ ＊未成年者の方 保護者のお名前（ ）			身長 cm / 体重 kg	
介護保険の認定を受けていますか？ ☐ ない ☐ ある(要支援 １ ・ ２ / 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５)			女性の方:妊娠の可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい(週) ☐ 授乳中	
当院を何でお知りになりましたか？ ☐ インターネット ☐ 近所なので ☐ 看板 ☐ 知人からの紹介(紹介者:) ☐ その他()				

1. ご相談内容を教えてください
(
2. 今回の症状で以前に治療を受けていますか？
治療内容を教えてください。
(
3. 今まで受けられたことのある美容施術を教えてください
(
4. 現在ご使用のスキンケアを教えてください
(
5. かかったことのある病気はありますか？
☐アトピー性皮膚炎 ☐花粉症 ☐喘息 ☐アレルギー性鼻炎 ☐光線過敏症
☐糖尿病 ☐高血圧 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐心臓病(狭心症・不整脈など) ☐膠原病
☐その他()
6. 現在治療中の病気はありますか？ ☐ない ☐ある(
7. 現在内服中の薬はありますか？ ☐ない ☐ある
☐血液をサラサラにする薬 ☐低容量ピル ☐その他サプリメントなど(
8. 過去に病気や手術を受けた事があればお答えください。
(病名・手術名:) いつ頃:
9. 薬や食べ物・アルコールでアレルギーが出たことがあればお答え下さい。
☐ない ☐ある
食べ物、アルコール()
薬剤()
10. 現在、お仕事はされていますか？
☐いいえ ☐はい (内容:デスクワーク 営業 立ち仕事 その他:
11. ご希望の治療、ご相談などあれば教えてください。
(

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報は、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確に状況を把握するためにできる限り詳しく記載いただきますようお願いいたします。

品川Vタワークリニック