

問 診 票

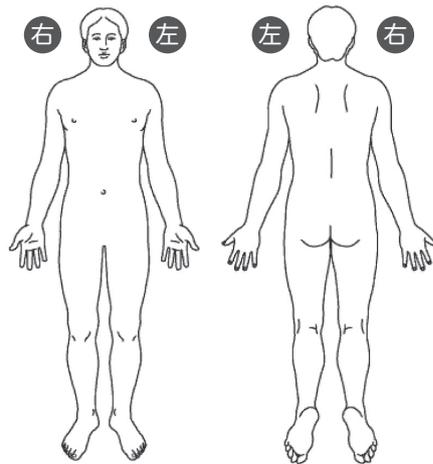
記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日
お名前	性別 ()	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
ご住所	〒	15歳以下の方は体重をご記入ください kg	
携帯電話		電話番号	

- マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない
- 他の医療機関からの紹介状 ない ある→受付に提出してください
- 40才以上のかたへ この1年間で特定健診や高齢者健診を受診したことが ない ある

① どうなさいましたか。

かゆい 痛い はれ やけど きず 傷痕 あざ
 湿疹 にきび いぼ しこり ほくろ 水虫 巻き爪 頭じらみ
 ピアストラブル ピアス孔あけ
 その他()



② いつからですか。()

③ 症状の出ている箇所に○をつけてください。 →

④ 現在他の医療機関に通院していますか？

いいえ・はい： 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 腎臓病
 甲状腺 膠原病 不整脈 その他()

⑤ 病院で処方されたお薬を飲んでいますか？

いいえ・はい： お薬名()
 ※お薬手帳があればご提示ください。

⑥ これまでに大きな病気はありましたか？

いいえ・はい： 病名()

⑦ アレルギーについて。

食物アレルギーはありますか？ いいえ・はい()
 薬のアレルギーはありますか？ いいえ・はい()
 その他のアレルギーはありますか？ いいえ・はい()

⑧ 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ・可能性あり・はい(妊娠 週・出産予定日 年 月 日)
 現在授乳中ですか？ いいえ・はい

⑨ 当院をどちらで知りましたか？

通りがかり 当院ホームページ 院長ブログ 夏井先生のホームページ
 知人・病院の紹介() その他()

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。
 マイナ保険証は、正確な診療情報の取得を助けてくれます。ぜひご利用ください。

美容相談 問診票

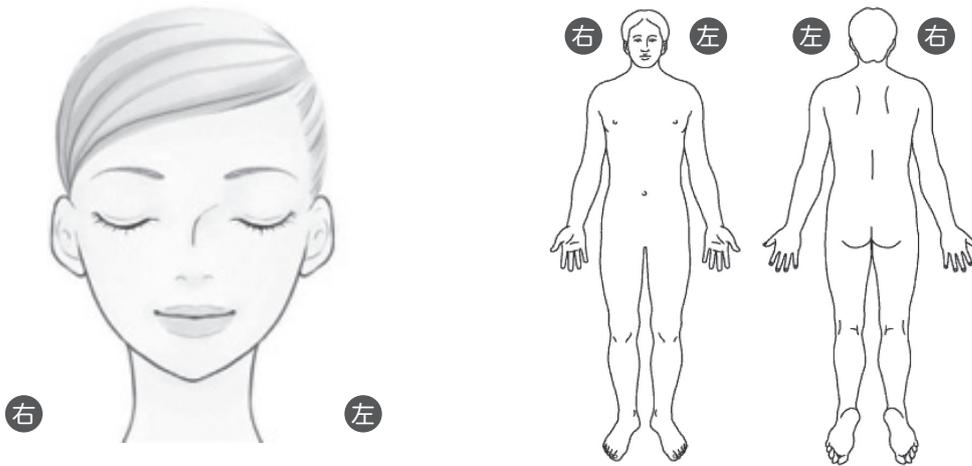
記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	性別 ()	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	
携帯電話	電話番号	

① どのような症状に対して診察を希望されますか。

しみ そばかす くすみ しわ 毛穴の黒ずみ 毛穴の開き くま たるみ 赤ら顔
その他()

② 症状の出ている箇所に○をつけてください。



③ その症状に対して、これまで治療を受けたことがありますか。

ない・ある： いつ頃()
 受けた場所： 医療機関 エステティックサロン その他()
 治療内容： レーザー 光治療(IPL) 内服 注射 ピーリング イオン導入 その他()

④ 興味のあるもの、相談されたい施術内容に○をつけてください。

レーザー治療 光治療(IPL) シミの内服治療 ケミカルピーリング イオン導入 ボトックス注射
 GAUDISKIN®使用 その他()

⑤ 次にあてはまることはありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

金属アレルギー 光線過敏症 麻酔薬のアレルギー 化粧品かぶれ 皮膚の炎症や化膿 アートメイク
 ケロイド体質 感染症

⑥ これまでに大きな病気はありましたか。 いいえ・はい： 病名()

⑦ 現在 治療中の病気はありますか。 いいえ・はい： 病名()

⑧ 現在 飲んでいるお薬はありますか。 いいえ・はい： お薬名()

※漢方薬、ビタミン剤、ピルを含む

⑨ 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ・可能性あり・はい (妊娠 週・出産予定日 年 月 日)
 現在授乳中ですか？ いいえ・はい