

美容皮膚科問診票 わだ皮膚科クリニック

※美容皮膚科のご相談・治療はすべて保険適応外となり所定の自費診療料がかかります。

(初診2000円、再診500円 税込)

※受診前にお化粧は落としてください。クレンジングなどが必要な方は受付にお申し出ください。

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			西暦 年 月 日
住所	〒	電話	

<p>お悩みはなんですか？</p> <p><input type="checkbox"/>しみ <input type="checkbox"/>そばかす <input type="checkbox"/>くすみ <input type="checkbox"/>肝斑<input type="checkbox"/>たるみ <input type="checkbox"/>しわ <input type="checkbox"/>赤ら顔 <input type="checkbox"/>にきび<input type="checkbox"/>にきびあと <input type="checkbox"/>毛穴の開き <input type="checkbox"/>PL病院から継続</p>	<p>症状のある部位に○をつけてください</p> 
<p>いままでにどんな治療を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>治療なし<input type="checkbox"/>フェイシャル等のエステ <input type="checkbox"/>シミ取りレーザー <input type="checkbox"/>IPL光治療 <input type="checkbox"/>ピーリング<input type="checkbox"/>その他 ⇒具体的にお書きください ()</p>	
<p>過去の治療で副作用を生じたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし<input type="checkbox"/>あり⇒具体的にお書きください ()</p>	
<p>今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (病名)</p>	
<p>薬・食品・光線過敏症などのアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし<input type="checkbox"/>あり⇒具体的にお書きください ()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬やサプリメントはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (内容)</p>	
<p>どのくらいの頻度で治療に通えますか？ 2週間隔・4週間隔・6週間隔・それ以上</p>	
<p>近いうちに大切な予定がありますか？ (同窓会・結婚式・旅行など)</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (月 日頃 予定の内容→)</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	
<p>当院をお知りになったきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>近所在住 <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>コミュニティ誌 <input type="checkbox"/>ご家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/>PL病院からの続き <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	

※ご協力ありがとうございました。