

# いでい皮ふ科 美容 問診表

\* 皮膚科問診表を同時にご記入の場合、お名前以外の重複する箇所は記入不要です。

ふりがな お名前		生年月日		昭和・平成・令和	男性
		年	月	日( 歳)	女性
ご住所	〒	連絡先	携帯		
			自宅		

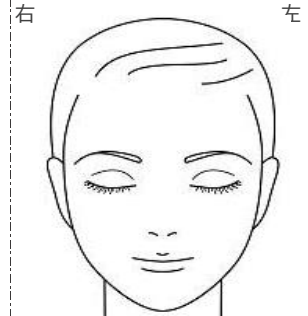
## 1 本日の受診の目的に を入れて下さい

- しみ・そばかす (レーザー・フォトブライト)
- ほくろ・いぼ
- しわ・たるみ (ハイフ・ファームアップ)
- 美肌・ハリ・艶・キメ (フォトブライト ハイフシャワー ファームアップ イオン導入)
- 内服治療 (トラネキサム酸 ビタミンC 他)
- 外用治療 (ハイドロキノン トレチノイン 他)
- 化粧品(プラスリストア・ナビジョン)
- その他 ( )

## 2 ご相談の部位はどちらですか？

医療脱毛  を入れてください

顔	ヒゲ	わき
ひじ上	ひじ下	手背・指
膝上	膝下	足背・趾
胸	お腹	うなじ
背中	ヒップ	VIO
全身セット		他セット



## 3 今までに受けたことのある「美容治療」を記載して下さい。 \* 4週間以内に美容治療には を記入

なし・あり 例) レーザー・光治療・ピーリング・医療脱毛・注射・点滴・ヒアルロン酸・ボトックス・ハイフ・ダーマペン・ポテンツァ など

いつ頃	どのような治療を	クリニック名
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

## 4 現在、当てはまる項目に を入れてください。

- 当てはまるものはない
- 光過敏症・光恐怖症・てんかん発作(治療中)
- アレルギー・花粉症：  
薬剤・食物・テープ・化粧品など( )
- ケロイド体質・白斑
- 乾燥肌・アトピー性皮膚炎
- ニキビ (顔・体)
- 日焼け・肌荒れ
- インプラント・歯科矯正( )
- ペースメーカー・人工関節(ボルト・プレート含む)
- ヘルペス・感染症
- 外傷・出血性の痔疾患・出血を伴う症状
- 肝斑 (内服中・内服していない)
- 入れ墨・タトゥー (部位: )
- アートメイク (部位: 眉 唇 アイライン)

## 5 現在、治療中のものに○を入れてください。(皮膚科以外の疾患も)

なし・あり

てんかん 精神疾患 脳血管疾患 心臓病 高血圧 糖尿病

リウマチ 血液病 腎臓病 肝臓病 肝炎 HIV 結核 感染症

他:

既往歴:

手術経験 なし・あり 麻酔アレルギー なし・あり

## 6 治療中のお薬・市販薬・サプリメントなどをお書きください。

なし・あり (\*お薬手帳はコピーさせていただきます。)

## 7 どのような日焼け対策をされますか？

しない 日焼け止めクリーム UVケア用化粧下地 アームカバー 日傘 フェイスガード 帽子 サングラス 日光に当たらない

## 8 女性にお伺いします。当てはまるものに○をご記入ください

妊活中 妊娠中 授乳中 ピル服用中 該当しない

カウンセリング予約  事前ご予約あり(web TEL 直接申し込み)  当日の皮膚科よりカウンセリングへ

カウンセリング内容

今回適応の治療名に  する。

R

L



<input type="checkbox"/>	Q			
<input type="checkbox"/>	ADM			
<input type="checkbox"/>	CO2(ほくろ・脂漏性角化症)			
<input type="checkbox"/>	フォトブライト( お試し・ 全顔 )			
<input type="checkbox"/>	イオン導入			
<input type="checkbox"/>	HIFU			
<input type="checkbox"/>	(シュリンク・シャワー・アイシャワー)			
<input type="checkbox"/>	ファームアップ			
<input type="checkbox"/>	ソプラノ蓄熱式脱毛			
顔	全顔	口周り	鼻	耳
	眉・眉間			
ヒゲ	口周りA	あごB	両頬C	首
	ヒゲS (AB)			
	ヒゲM (ABC)			
	全顔 (ABC+首・額)			
腕	ひじ上	ひじ下	手背・手指	
足	膝上	膝下	足背・足趾	膝
体幹	うなじ			
	背上1/1	背中セット	ヒップ	
	胸	乳輪	お腹	
	V	I	O	VIO
全身	プレミアム	スタンダード	ライト	
四肢	4	腕	足	

～当日へ申し送り～ 必要項目に○をいれる : お薬手帳コピー・部位確認・料金確認・カウンセリング料金は施術初日に徴収・紹介割なし

①	予定の治療	説明	同意書	rebeau撮影	予約日	R 年 月 日( ) 時間
		済み	済み	済み 不要		(第2希望)R 年 月 日( ) 時間
		未	未	未(当日に撮影)		未定 ・ 後日連絡あり ・WEB利用
	料金 ¥	学割・( 回セット)・ キャンペーン			再診	R 年 月 日( ) 時間
	紹介割 ( )	様)からご紹介 ・ を紹介した・ 紹介なし				不要 ・ 未定 ・ 当日に決める
②	予定の治療	説明	同意書	rebeau撮影	予約日	R 年 月 日( ) 時間
		済み	済み	済み 不要		(第2希望)R 年 月 日( ) 時間
		未	未	未(当日に撮影)		未定 ・ 後日連絡あり ・WEB利用
	料金 ¥	学割・( 回セット)・ キャンペーン			再診	R 年 月 日( ) 時間
	紹介割 ( )	様)からご紹介 ・ を紹介した・ 紹介なし				不要 ・ 未定 ・ 当日に決める
③	予定の治療	説明	同意書	rebeau撮影	予約日	R 年 月 日( ) 時間
		済み	済み	済み 不要		(第2希望)R 年 月 日( ) 時間
		未	未	未(当日に撮影)		未定 ・ 後日連絡あり ・WEB利用
	料金 ¥	学割・( 回セット)・ キャンペーン			再診	R 年 月 日( ) 時間
	紹介割 ( )	様)からご紹介 ・ を紹介した・ 紹介なし				不要 ・ 未定 ・ 当日に決める

～追記欄～  
(追記日を必ず書くこと・日々のカルテではなくデータベースに残すべきことを記載)～

