

世田谷女性のクリニック 形成外科・美容皮膚科（自費診療）問診票

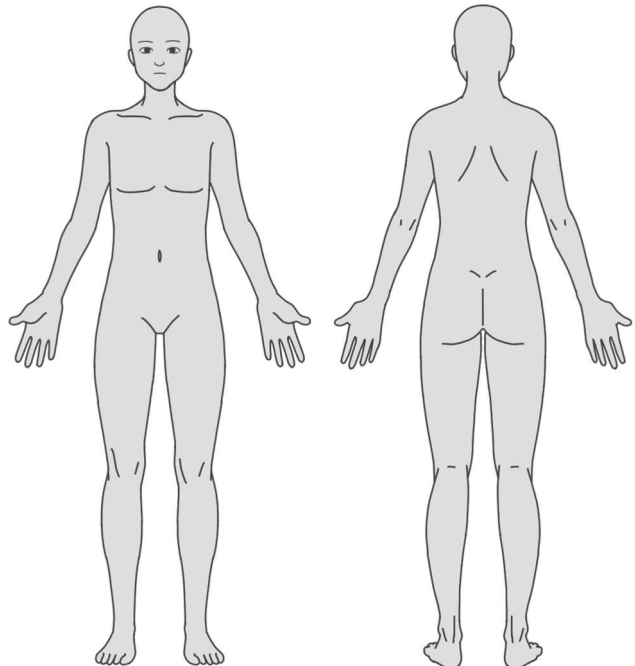
ご記入いただいた患者さんの個人情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

ふりがな		生年月日	昭和 年	平成 月	令和 日生（ 歳）
お名前		携帯番号	（ ）		
ご住所	〒				

1. 診察をご希望の症状をお知らせください。

- しみ そばかす くすみ 毛穴のトラブル ニキビ痕 ほくろ
しわ たるみ くま 二重瞼 多汗症 ピアスのトラブル
その他（
）

2. 症状のある部分に○をつけてください。



3. その症状に対して、治療を受けたことがありますか？

- いいえ はい： 時期（
）

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 点滴 ピーリング イオン導入
その他（
）

裏面に続く→

4. 次にあてはまることはありますか？

- 妊娠中（妊娠 週 ・ 予定日)
 妊娠希望・妊娠の可能性あり 授乳中
 金属アレルギーがある 日光アレルギーがある ケロイド体質である
 刺青・アートメイクを入れている部分がある 顔に金の糸を入れている
 インプラントが入っている 過去に化粧品でかぶれたことがある
 リウマチ治療中、金製剤の使用歴あり 膠原病治療中
 蕁麻疹治療中 血液が固まりにくくなる薬を飲んでいる（バイアスピリン・ワーファリン等）
 出血しやすい病気の治療中 高血圧治療中 高脂血症治療中
 肝炎などの感染症がある 皮膚に炎症や化膿した部分がある

5. アレルギーに関してお伺いします。

食べ物の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？（例えば麻酔剤、抗生物質、鎮痛剤など）

- 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： ()

6. 嗜好品に関してお伺いします。

タバコを吸いますか？

- いいえ はい (本/日)

アルコールを飲みますか？

- いいえ 機会飲酒 はい (/日)

7. 事前に治療に対するご希望をお知らせください。

- 本日相談する内容のみ検討したい 今すぐではないが、今後他のことについても相談したい

- ホームケアについても相談したい

- その他

()

8. 治療内容、タイミングを決める際に参考にさせていただくため、今後何か大切なご予定がある場合はお知らせください。

- ない 同窓会 写真撮影 披露宴・挙式への出席 ご自身の披露宴・挙式

その他 ()