

美容問診票

年 月 日

カルテ NO

お名前	ふりがな	ご住所	〒	-
電話番号	ご連絡 可 ・ 不可	携帯番号	ご連絡 可 ・ 不可	
アドレス		生年月日	昭和・平成	年 月 日
未婚・既婚 現在は独身 (お子様 人)		ご職業	学生・主婦・事務職・販売業・営業職・接客業・看護師 教師・公務員・自営業・その他 ()	

*患者様のご希望や状態をしっかり把握し、適切なカウンセリングをさせて頂くためのシートです。プライバシーポリシーに基づき、他の目的に使用することは一切ありませんのでご安心ください。

1：ご相談内容についてお聞かせください（複数回答可）

□受けたい施術がある⇒ ボトックス注射・ヒアルロン酸注射・フォトフェイシャル
レーザーフェイシャル・リフトアップレーザー・レーザートーニング・糸リフト
筋膜リフトアップレーザー（HIFU）ケミカルピーリング・イオン導入・ケアシス
エンビロンフェイシャルトリートメント・テノール・Vシェイプ・医療脱毛・ピアス
プラセンタ注射・点滴・ウルトラアクセントによる痩身
その他（ ）

□悩みがある⇒下記お悩み一覧へ（複数回答可）

顔	シミ・くすみ・そばかす・しわ・ニキビ・ニキビ跡・毛穴・肌荒れ・赤ら顔 ほくろ・肌の張り・うぶ毛・アンチエイジング・薄毛 その他（ ）
身体	ダイエット（足・お腹・背中・お尻・顔）・たるみ（お腹・お尻・胸）・むくみ 痩せにくい・疲れ・体毛が濃い・体質改善 その他（ ）

2：他のエステティック・美容クリニック等に行かれた経験はありますか？

現在（クリニック・エステサロン）通っている・通っていない
過去（クリニック・エステサロン）行ったことがある・行ったことがない
⇒治療時期・内容（ ）

3：金の糸・アートメイクをされていますか？ はい・いいえ

4：何を見て当院の美容治療をお知りになりましたか？（複数回答可）

ホームページ・携帯サイト・通院しながら知った・通りがかり・看板・その他
紹介（ ）

5：今後何か大切なご予定はございますか？ はい・いいえ

はいの方 予定日（ ）
結婚式・同窓会・成人式・旅行・その他（ ）

6：本日施術を希望されますか？ はい・いいえ

*但し、施術内容・予約状況によっては当日施術ができない場合があります。

7：健康状態など当てはまるものに○をつけ、ご記入ください。

体調	好調・不調
体質	冷え性・便秘症・下痢症・貧血症・肩こり・高血圧・低血圧・その他
お肌の状態	乾燥肌・脂性肌・混合肌・敏感肌・その他
疲労感	肉体面：激しい疲労・疲れやすい・ほとんどない
	精神面：安定・ストレスを感じやすい・イライラしやすい・不安を感じやすい

既往歴	なし・あり（ ）
現在治療中	皮膚科・内科・婦人科・その他（ ） 飲まれているお薬名（ ）
常備薬	頭痛薬・便秘薬・胃腸薬・睡眠薬・精神安定剤・ホルモン剤・避妊薬
アレルギー	薬・麻酔薬・金属・食品・光・その他（ ） 花粉症・アトピー・喘息・鼻炎・蕁麻疹・ヒアルロン酸
婦人科系	生理（順調・不順・閉経） 妊娠の可能性（なし・あり）
嗜好品	アルコール（週 日） タバコ（1日 本）
その他	体内に金属類をいれていますか？ いいえ・はい（ ） *ペースメーカー・骨折時のボルト・金の糸・その他
スキンケア	現在使用中の化粧品メーカー（ ）
その他	肌のお手入れ状況を教えてください ムダ毛の自己処理はされていますか？ はい・いいえ <input type="checkbox"/> ワキ <input type="checkbox"/> うで <input type="checkbox"/> 脚 <input type="checkbox"/> うなじ <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> Vライン <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> カミソリ <input type="checkbox"/> 毛抜き <input type="checkbox"/> 電気シェーバー <input type="checkbox"/> その他

7：その他ご質問があればお気軽に下記にご記入ください。

うえだ皮膚科内科クリニック