

うえだ皮膚科内科

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	年 月 日 (歳)

*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

施術名 : ()

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 : 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)

インターネット・院内掲示・通院中に知った・通りがかり・看板・紹介・その他 ()

4 : 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 ()

5 : 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。

6 : 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
既往歴	なし・あり ()
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 ()