

美容皮膚科問診票

【1】ご相談内容に○をつけてください

しみ、美白　くすみ　肝斑　シワ　たるみ　ニキビ　ニキビ痕　毛穴の開き
健康維持（点滴・注射・サプリメント）　赤ら顔　ほうれい線

【2】気になる症状は、いつからどのような症状ですか。
また、どの部位ですか。
(イラストに○をつけて下さい)

症状をご記入ください



【3】上記の内容についてどちらかで相談されたことはありますか
はい　／　いいえ

『はい』と記入された方は以下にご回答をお願いします

- 病院名 ()
- エステ ()
- その他 ()

【4】治療中のご病気はありますか？
内服しているお薬もあれば、薬の種類と期間を教えてください

- 病名 ()
- 薬品 ()
- 内服期間 ()

【5】現在内服しているサプリメント、ビタミン、補助商品はありますか？
はい ()
いいえ

【6】以下の病気、体質をお持ちの方はご記入下さい
(当てはまる所に○をつけてください)

アトピー性皮膚炎　喘息　アレルギー性鼻炎　寒冷蕁麻疹　糖尿病
アルコールアレルギー　高血圧　不整脈

- 薬材・注射アレルギー ()
- 金属アレルギー ()
- 食物アレルギー ()

【7】これまで点滴・注射でお困りになったことはありますか
(当てはまる所に○をつけてください)

具合が悪くなった 腫れた 痕が残った 血管が出にくい その他

【8】化粧品でかぶれた経験はありますか
ない
ある (メーカー、目的、成分などご記入ください)

『ある』とお答えの方はメーカー、目的、成分などご記入ください

【9】当てはまるものに○をつけてください
シリコン・インプラントが入っている 金の糸・金属の板が入っている
その他 ()

【10】今後、何か大事なご予定はありますか (結婚式・同窓会・成人式・旅行etc)

【11】その他、お悩み、気になること、ご質問などあればご記入ください