

メディカルスキンケア問診票

当院ではお一人おひとりのご意見を大切に最大限の効果がするように、治療をさせていただいております。お手数ですが、下記の質問事項にご協力をお願いします。

記入日 20 年 月 日 担当：

フリガナ		生年月日	昭和・平成		
お名前		年	月	日	歳 男・女
住所	(〒 -)				
電話番号		メール (Gmail, iCloudなど)			
職業	会社員・公務員・教師・看護師・エステティシャン・自営業・主婦・大学生・高校生・他 ()				
趣味	旅行・映画・読書・音楽・料理・スポーツ () ・園芸・その他 ()				
きっかけ	ご紹介 (ご紹介者様名：) ・病院HP・SNS・他 ()				

• 本日のメディカルスキンケア (美容皮膚科) にどのようなご相談でいらっしゃいましたか？

• 当院の美容治療の中でご希望の施術はございますか？

まだ決まっていない ライムライト メソアクトイス Qスイッチレーザー コラーゲンピール ダーマペン
 ケミカルピーリング ジェネシス ゼオスキンヘルス その他 ()

• 当院で美容治療をするにあたり、どの程度の副反応まで許容できますか？

顔にテープを貼るのは許容できる 顔の赤みまでは許容できる 反応が少ないマイルドな治療が良い

• 気になる点を改善するために、これまでに専門家のケアを受けたことはありますか？ (はい/いいえ)

はいとお答えになった方は受けた治療・ケアを教えてください。

治療・ケアの内容は何ですか？

()

効果はいかがですか？

()

現在も継続中の治療はありますか？

(いいえ/はい→治療・ケア内容)

• 当院で治療するにあたり、どのように望まれますか？

自分の肌によいことは何でもしてみたい

今日ご相談の内容のみ検討したい

ホームケアについても相談したい

• 現在他科に通院中、又は入院・手術をされた方はご記入ください。

病名 () (歳)

内服中の薬 ()

• 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

いいえ/はい → 具体的に () その他 (金属・花粉など)

• 生理について (順調・不順・閉経)

その時のお肌の状態は、いかがですか？ ()

2枚目もご記入下さい

・現在のスキンケアについて

お肌につける順に数字（右表の中から選んで）でお書きください。

朝（ → → → → → → → → ）

夕（ → → → → → → ）

1 クレンジング	8 クリーム
2 洗顔	9 日焼け止め
3 化粧水	10 ファンデーション
4 美容液	11 フェースパウダー
5 乳液	12 その他
6 マスク	

・お肌のことで気をつけている事（生活・食事・サプリメント・ケアなど・・・）

・今後、何か大事なご予定はありますか？（同窓会・結婚式・披露宴など）

はい（いつ どのような ）・いいえ

・クリニックからのお知らせ、キャンペーン情報などをメールでお送りしてよろしいですか？

はい・いいえ

下記内容に該当する場合は□にチェックを入れてください

- 妊娠中 妊娠希望 授乳中 日光過敏の方 ケロイド体質の方
- 膠原病の方 蕁麻疹の方 インプラント（シリコン等）やヒアルロン酸注入を行った方
- 高脂血症の方 過去に化粧品にかぶれた事がある方
- 顔に肌色や白色の刺青をいれている方 顔に金の糸を入れている方
- 出血性疾患を有する方
- 抗凝固剤（バイアスピリン・ワーファリン等）飲まれている方