

# ～問診票～

あおば皮膚科・形成外科武蔵小杉

受付日 年 月 日

フリガナ  
お名前 性別 男・女 ご職業

ご住所 〒  
(都・道・府・県) (市・区・町・村)

ご連絡先☎(携帯) (自宅)

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 年齢 歳

身長 cm / 体重 kg

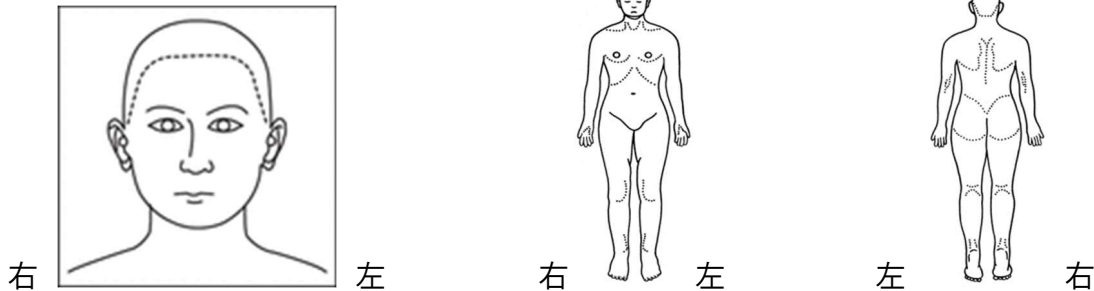
## ●現在、どのような症状でお困りですか？

かゆみ・しっしん・かぶれ・痛み・赤み・乾燥・虫刺され・やけど・いぼ・育毛(女性)薄毛(男性)  
にきび・しみ・ほくろ・じんましん・アトピー性皮膚炎・水虫・白斑・その他( )

## ●お仕事中、もしくは通勤中に起きた傷病ですか？(はい・いいえ)

※労災の方は「はい」に○をお付けください

## 【部位】症状が出ている部位に○印を付けてください。



## ●その症状・病気はいつ頃からですか？ 年 月 日

・この症状で他院にかかられたことはありますか？(はい・いいえ)(クリニック名 )  
⇒処方薬を教えてください( )

・思い当たる原因はありますか？( )

・今までかかったことのある病気または現在治療中の病気はありますか？病名( )

・現在、服用または外用している薬はありますか？(はい・いいえ )  
→はいの方は全てご記入頂くかお薬手帳をご提示ください。( )

・アレルギーはありますか？(はい( )・いいえ)

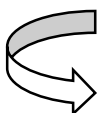
## 【女性の方へ】

・現在、妊娠中ですか？またはその可能性はありますか？  
(妊娠している カ月・可能性あり・可能性なし)

・現在、授乳中ですか(はい・いいえ)

## ●診療にあたり、何かご要望がありましたらご記入下さい。

( )



アクネケア・アンチエイジング・レーザー(自費診療)をご希望の方は裏面の問診票にも記入してください。

にきび・しみ・ほくろ・育毛(女性)・薄毛(男性)

→自費診療(保険適用外)の無料カウンセリングをご希望の方は裏面の問診票へ☎

## ～問診票～

●自費診療(保険適用外)の無料カウンセリングを希望されますか？

( はい ・ いいえ ) ※スタッフによるカウンセリングになります。

医師によるカウンセリングをご希望の方はスタッフまでお声掛けください。

【カウンセリング最終受付時間】

(午前) 月～土 12:00

(午後) 月～金 17:00 ・ 土 16:00

●ご来院の理由はどちらですか？

にきび ・ にきび跡 ・ 毛穴 ・ 脂肌 ・ しみ ・ しわ ・ 脱毛

育毛相談(女性) ・ 薄毛相談(男性) ・ たるみ ・ くすみ ・ くま ・ 赤ら顔

外ウー ・ アートメイク除去 ・ ピアス(部位 ) ・ その他( )

●これまでに他院にて施術を受けたことはありますか？( はい ・ いいえ )

クリニック名( )

施術内容( )

最終施術日( )

●ご希望の施術はございますか？

イオン導入 ・ 医療用LED ・ ピーリング ・ ダーマペン

ハイドラフェイシャル ・ レーザー脱毛 ・ ウルトラフォーマーⅢ

レーザートーニング ・ Vビーム ・ しみレーザー

ボトックス注射 ・ ヒアルロン酸注入 ・ IPL ・ スカーレット

●ご予算のご希望はございますか？

～1万円 ・ ～2万円 ・ ～3万円 ・ 特になし

●診療にあたり、何かご要望がありましたらご記入下さい。

( )