

フリガナ		生年月日 (平成・昭和・大正)	年齢	性別
お名前		年 月 日	才	男 ・ 女
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		ご職業

- どのような症状に対して診察をご希望されますか？
 しみ そばかす しわ ニキビ ニキビ跡 くすみ 毛穴の開き
 毛穴の黒ずみ 赤ら顔 たるみ 顔の産毛 脱毛
 その他 ()
- その症状に対して、これまで治療を受けたことはありますか？
 はい いつ頃 () 医療機関で エステティックサロンで
 どのような治療 ()
 いいえ
- 今までお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？
 はい→飲み薬、塗り薬、注射、食べ物、倒れた、発疹がでた、息苦しくなった、その他
 いいえ
- 金属アレルギー、光線過敏症はありますか？
 (金属) はい いいえ (光線過敏症) はい いいえ
- 現在治療中の病気はありますか？
 はい 病名 () いいえ
- 現在内服しているお薬はありますか？他院からの薬剤一覧表をお出しいただいても結構です。
 はい 薬品名 () 開始時期 () いいえ
- 女性の方はお答えください。
 妊娠中である 妊娠の可能性がある 妊娠していない 授乳中 出産の経験がある
- 下記のようなことがありますか？
 化粧品でかぶれたことがある ()
 治療部に傷跡や化膿はある 人工的に皮膚を着色している (入れ墨など)
 ケロイド体質 ウイルス性肝炎、AIDS、その他感染症はある
- 当院にご来院されたきっかけは何でしょうか？
 知人の紹介 病院からの紹介 () 病院 ホームページを見て
 タウンページ その他
- 今後、何か大事なご予定はありますか？ (同窓会、成人式、結婚式など)
 はい いつ頃 () いいえ



お顔の問診票

お名前 _____

ID _____

(1)朝の洗顔について教えてください。

①何を用いて洗いますか？ 石鹸で洗う 洗顔フォームで洗う 何も使わない その他②洗い流すときは お湯で流す 水で流す ぬるま湯で流す

③洗顔のあと、何を塗りますか？複数の場合は順番もご記入ください。

化粧水 () 乳液 () 美容液 () 保湿クリーム ()UVクリーム () 下地クリーム () その他 ()

(製品名 _____)

(2)ご使用になっているお化粧品用品（メイクアップ用品）を教えてください。

下地クリーム コンシーラー ファンデーション (リキッド パウダー) チークフェイスパウダー アイライナー アイシャドウ つけまつげ マスカラアイブロウライナー アイブロウパウダー リップクリーム グロス 口紅

(製品名 _____)

(製品名 _____)

(製品名 _____)

(3)夜の洗顔について教えてください。

①お化粧品をおとす際、どのタイプのクレンジングをご使用になっていますか？

使用しない オイルタイプ ミルクタイプ クリームタイプ ジェルタイプ

(製品名 _____)

②クレンジングの後、何かご使用になりますか？ 使用する(石鹸 洗顔フォーム)

(製品名 _____)

使用しない③洗い流すときは お湯で流す 水で流す ぬるま湯で流す④顔をお風呂で洗いますか？ はい いいえ (入浴前に洗顔 入浴後に洗顔)

⑤洗顔のあと、何を塗りますか？複数の場合、順番もご記入ください。

化粧水 () 乳液 () 美容液 () 保湿クリーム () その他 ()

(製品名 _____)

⑥ポイントメイクを落とすのに特別なものを使いますか？ はい いいえ⑦しっかり洗う方ですか？ はい いいえ

(4)現在、日中に屋外で仕事、スポーツ、趣味などで活動しますか？

はい → 週 () 回 () 時間程度 いいえ

(5)UVケアはしていますか？

はい → (毎日 時々) いいえ

(6)普段のお手入れで気をつけていることはありますか？

(_____)

