

## 問診票

\* 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、ご安心下さい。

当院への来院目的についてお聞かせください。

a. ご希望メニュー(当てはまるものに○をつけてください。)

美容皮膚科	ケミカルピーリング ・ イオン導入 ・ レーザーフェーシャル ・ ジェントルヤグレーザー ・ リフトアップレーザー シミ取りレーザー ・ 毛穴レーザー ・ 脱毛レーザー ・ 光治療(ライムライト) ・ 炭酸ガスレーザー 注射 ・ 注入 ・ タイタン ・ CO2フラクショナルレーザー
コースプラン	<input type="checkbox"/> 初回限定ビギナーズプラン ( ) <input type="checkbox"/> キャンペーン ( ) <input type="checkbox"/> ウェディングプラン ( )
注入・注射	セルリバイブ(W-PRP) ・ ヒアルロン酸注入 ・ ボトックス注射
その他	診察・美肌診断 ・ フェーシャルマッサーシ ・ ピアス ・ ラティース ・ プロペシア内服
保険診療	外用療法 ・ 内服療法 ・ イボ取り ・ タコ取り ・ おでき ・ ホクロ ・ 肝斑 ・ あざ

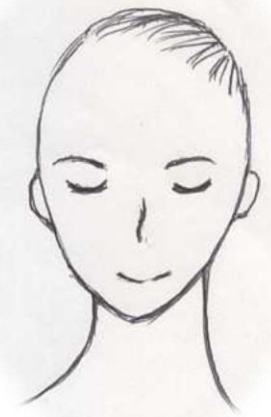
b. お悩みは何ですか？(当てはまるものに○をつけてください。)

顔	乾燥 ・ シミ ・ ソバカス ・ くすみ ・ ニキビ ・ ニキビ痕 ・ しわ ・ 小じわ ・ うぶ毛 ・ 毛穴の開き ・ 毛穴の黒ずみ ・ 肌のはり ・ たるみ ・ 赤ら顔 ・ くま ・ イボ ・ ホクロ
身体	ムダ毛 ・ 薄毛(髪) ・ 貧毛(まつ毛) ・ ニキビ ・ しみ ・ イボ ・ ホクロ ・ あざ
部位	目周り ・ 鼻周囲 ・ あご ・ ほうれい線 ・ 額 ・ 眉間 ・ 鼻根 ・ 頬 ・ 口周り ・ 首輪郭 ・ デコルテ ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 背中 ・ ヒップ ・ 腕 ・ 手の甲 ・ 脚 ・ 足の甲

⇒その中でも一番気になるのは・・・？ ( )

現在ご使用中のお化粧品についてお聞かせください。

メイク落とし	メーカー名	オイル ・ クリーム ・ ミルク ・ ジェル ・ シート (その他 )
洗顔		洗顔フォーム ・ 化粧用石鹸 ・ 浴用石鹸 ボディソープ ・ 水のみ ・ ぬるま湯のみ
化粧水		商品名: _____
その他の 保湿・お手入れ		商品名: _____
サンスクリーン		毎日 ・ 夏のみ ・ スポーツ時 ・ 外出時 室内でも サンケア指数(SPF PA )
ファンデーション		パウダリー ・ 乳化タイプ ・ クリームタイプ スティックタイプ ・ コンシーラー ・ おしろい



今迄に化粧品によるトラブルはありましたか？

無い ・ 有る (メーカー名 \_\_\_\_\_ 品名 \_\_\_\_\_ 内容 \_\_\_\_\_ )

\* 裏面もご記入お願い致します。

健康状態についてあてはまるものに○をつけ、ご記入ください。

体調	好調	不調					
体質	冷え症	便秘症	下痢症	貧血症	肩こり	高血圧	低血圧
疲労感	肉体面(激しい疲労・疲れやすい・ほとんど無い) 精神面(安定・ストレスを感じやすい・イライラしやすい・不安を感じやすい)						
病気・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						
現在治療中	病名 ( ) 薬 ( )						
婦人科系	生理 (順調・不順・閉経)			現在は生理 (前・中・後)			
妊娠の可能性	なし あり ( 週)			授乳中			

アレルギーはありますか？ 薬・金属・花粉・食品・その他( )

生活状況についてあてはまるものに○をつけてください。

睡眠	平均睡眠時間	時 ~ 時( 時間)	熟睡(できる・できない)
運動	無し・有り(運動内容 )		頻度(週に 回程度)
入浴	シャワー(週 回)	湯船(週 回)	分ぐらい)

食生活についてあてはまるものに○をつけてください。

食事	規則正しい	不規則
食材	好きな料理( )、嫌いな料理( )	
嗜好品	アルコール(週 回)タバコ(1日 本)	
水分	1日約 リットル (水、お茶、コーヒー、紅茶、清涼飲料水、その他)	

洗濯の頻度についてお伺いします。

フェースタオル	( )日に1回	枕カバー	( )日に1回	ファンデーション用スポンジ おしろい用パフ	( )日に1回
---------	---------	------	---------	--------------------------	---------

患者様のライフスタイルに合った治療を無理なく進めていきたいと思えます。書ける範囲でお聞かせ下さい。

治療するに当たり どのように 望まれますか？	<input type="checkbox"/> 本日はカウンセリングのみにして、施術は後日検討したい。 <input type="checkbox"/> 予算内での治療を希望。 <input type="checkbox"/> 肌悩みが軽減すれば良い。 <input type="checkbox"/> 即効性のある治療で、短期間に治療したい。 <input type="checkbox"/> 期間がかかっても自分の肌に良いことは何でもチャレンジしたい。 <input type="checkbox"/> 肌悩みが軽減するまで治療を続けたい。(施術をどんどん紹介してもらいたい) <input type="checkbox"/> トータルの美肌を目指し、ホームケアのアドバイスもしてほしい。 <input type="checkbox"/> 注射や注入などの痛い施術は受けたくない。		
普段の生活は どちらが多いですか？	室内・野外	通院する場合 のご要望	平日・土曜日・午前診療・午後診療 院長先生希望・特になし
今後何か大事な ご予定はありますか？	(同窓会: ) (成人式: ) (披露宴: ) (その他: )		
その他、ご心配事や ご要望、質問はござい ますか？			

ご記入ありがとうございました。