

# 問 診 票 (自由診療)

平成 年 月 日 ( )

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	年 月 日	
		電話番号		
住 所	〒			

## 1. いつから、どのような症状がありますか？

①いつから：( 年 月 日 ) 前から

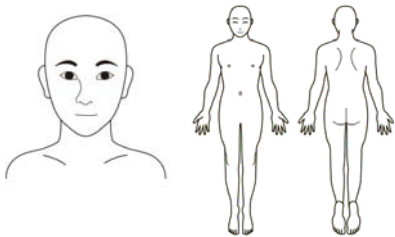
②症状：しみ・そばかす・ほくろ・しわ・毛穴・赤ら顔・にきび痕・脱毛・薄毛・  
その他 ( )

### ③希望される治療

しみの治療 ( レーザー or 塗り薬 ) ・ レーザー脱毛 ・ ほくろ、いぼの除去 ・  
ケミカルピーリング ・ レーザーフェイシャル ・ イオン導入 ・ プラセンタ ・ 注射、点滴 ・  
AGA 治療 ・ ピアス ・ その他 ( )

③部位を記載して下さい ( )

下の図に印をつけてください。



症状を詳しくご記入ください  
( 今回の症状で他院での治療があれば、いつ、どこで、処方薬もご記入ください )

## 2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ  はい \*お薬手帳があれば提示をお願いします。

はいの方 ( )

## 3. 現在、内服しているお薬 (処方薬・市販薬) やサプリメントはありますか？

いいえ  はい ( )

## 4. アレルギーはありますか？ → いいえ はい

・喘息 ・アトピー ・花粉症 ・金属 ・日光 ・薬剤 ( )

・食べ物 ( ) ・その他 ( )

## 5. お顔の診察を希望される方へ 本日お化粧していますか？ いいえ はい

はいの方 お化粧を落として頂くことはできますか？  いいえ  はい

## 6. お顔の治療の方へ。消したくないホクロはありますか？ いいえ はい (部位： )

## 7. 今後何か大事な予定はありますか？

いいえ  はい (予定日 月 日 内容： )

## 8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ ( はい ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中 )

## 9. 診療や治療に関するご希望などがあればご記入ください。