

問 診 票 (自由診療)

令和 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 週 日)前から

②症状：しみ・そばかす・ほくろ・しわ・たるみ・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 (Q スイッチルビー、レーザーフェイシャル、レーザートーン) ・ 光治療 (ルメック、ノーリス) ・ 内服、外用療法) ・ ニキビ跡

しわ、たるみの治療 (ハイフ (ウルトラセルQプラス ・ ラジオ波 (ペレヴェ、フォーマ))

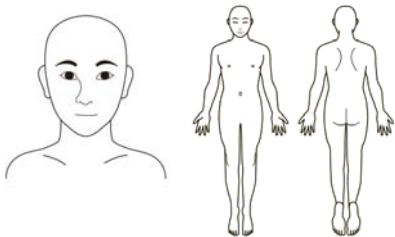
ほくろ、いぼの除去 ・ レーザー脱毛 ・ ケミカルピーリング ・ マッサージピール ・

フラクショナルレーザー ・ イオン導入 ・ エレクトロポレーション ・ 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。