

保険

※当院は形成外科専門医です。アレルギー検査・アトピー性皮膚炎治療・イボに対する液体窒素療法は行っておりません。

仕事場でのやけど・けがの場合は必ず受付にお申し出ください。

問診票

記入日 令和____年____月____日

フリガナ _____

氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 ____年____月____日 (____歳)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯番号 _____

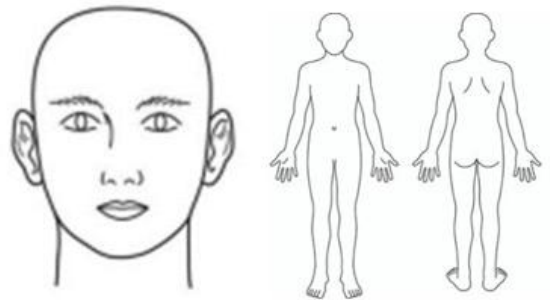
メールアドレス _____

受診された主な目的は？

※治療希望部位に○をつけてください

<保険診療>

できもの・いぼ・ほくろ(黒子)・あざ
けが・やけど・キズ痕
爪のトラブル・まぶたのたるみ(眼瞼下垂)
わきが・わき汗・ニキビ
その他()



・【女性の方】現在妊娠している可能性はありますか。もしくは授乳中ですか。	いいえ	はい
はい→(子どもの月齢:)		
・(今回の症状は) いつ頃から気になりますか。 日前 / ヶ月前 / 年前 / 生まれつき / 不明		
・今までその症状で何か治療したことがありますか。	いいえ	はい
はい→(どこで:) (治療内容:)		
・現在、治療中の病気がありますか。(病名:)	いいえ	はい
・現在、飲んでいるお薬(低用量ピルや市販薬含む)はありますか。	いいえ	はい
はい→(薬剤名:)		
・アレルギーはありますか。(種類:) (どんな症状がでますか:)	いいえ	はい
・この1年間で健診(特定健診および市町村健診)を受診しましたか。	いいえ	はい
(受診時期:) (指摘事項:)		
・当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。		
ホームページ / Instagram / 看板 / 近隣 / ご紹介(紹介者名:) / その他()		

美容

※保険診療を受けられる方は裏面もかならずご記入ください。

問診票

記入日 令和____年____月____日

フリガナ _____
氏名 _____ 性別 <u>男</u> ・ <u>女</u>
生年月日 大正・昭和・平成・令和 ____年____月____日 (____歳)
住所 〒 _____
連絡先 自宅 _____ 携帯番号 _____
メールアドレス _____

受診された主な目的は？

<保険外診療>

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| ① しみ・そばかす・かんぱん(肝斑)・くすみ | ⑥ 美容手術 (二重手術・眉下切開・脱脂・クマとり) |
| ② しわ (ボトックス・ヒアルロン酸) | ⑦ 毛穴 |
| ③ たるみ | ⑧ 脱毛 (部位 _____) |
| ④ ニキビ・ニキビ跡 | ⑨ その他 (_____) |
| ⑤ ほくろ | |

・【女性の方】現在妊娠している可能性はありますか。もしくは授乳中ですか。 はい→ (子どもの月齢: _____))	いいえ	はい
・ (今回の症状は) いつ頃から気になりますか。 _____ 日前 / _____ ヶ月前 / _____ 年前 / 生まれつき / 不明		
・今までその症状で何か治療したことがありますか。 はい→ (どこで: _____) (治療内容: _____))	いいえ	はい
・現在、治療中の病気がありますか。(病名: _____))	いいえ	はい
・現在、飲んでいるお薬 (低用量ピルや市販薬含む) はありますか。 はい→ (薬剤名: _____))	いいえ	はい
・アレルギーはありますか。(種類: _____) (どんな症状がでますか: _____)) はい→アスピリンアレルギーはありますか。	いいえ	はい
・顔に金の糸、鼻やあごに軟骨、プロテーゼを挿入していますか。(部位: _____))	いいえ	はい
・アートメイクをしていますか。(部位: _____))	いいえ	はい
・他院での治療で肌トラブル歴はありますか。 (肌トラブルがあれば記載: _____))	いいえ	はい
・当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。 ホームページ / Instagram / 看板 / 近隣 / ご紹介 (紹介者名: _____) / その他 (_____)		
【ご希望をお聞かせください】※ご希望される方にチェックをいれてください		
<input type="checkbox"/> 自分の肌に合って、効果があるなら多少値段がかかってもよい		
<input type="checkbox"/> 極力価格を抑えて治療したい (→1か月あたり _____ 円くらい)		