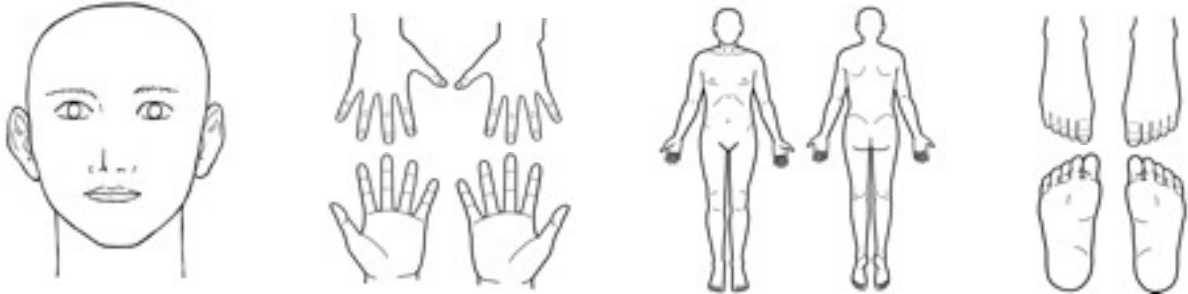


フリガナ		生年月日 (平成・昭和・大正)	年齢	性別
お名前		年 月 日	才	男 ・ 女
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		ご職業

1. 今日診てもらいたい症状について

①部位 (印をつけてください)



②症状：(かゆい、痛い、水虫、いぼ、できもの、にきび、かぶれ、やけど、抜け毛、ふけ、しみ)

③いつから(年前から、 力月前から、 週前から、 日前から)

④上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？

いいえ はい → (薬品名：)

⑤家族の中に同じ症状の人はいますか？ いない いる(親、子供、兄弟姉妹、配偶者、その他)

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい 病名 ()

3. 現在内服しているお薬はありますか？お薬手帳をお出しいただいても結構です。

いいえ はい 薬品名 () 開始時期 ()

4. 今まで、下記の病気にかかったことがありますか？

アトピー性皮膚炎 アレルギー性皮膚炎(花粉症) 喘息 高血圧 心臓病 痛風
糖尿病 胃潰瘍 肝疾患 腎疾患 透析中 膠原病 前立腺肥大 緑内障
結核 脳梗塞 精神疾患 輸血 手術() その他()

5. 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？

いいえ はい→飲み薬、塗り薬、注射、食べ物、倒れた、発疹、息苦しくなった、その他
 薬品、食物の名前 ()

6. 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

7. 今まで歯の治療などで麻酔(局所)で気分悪くなったことがありますか？ はいいいえ

8. 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

9. 当院をどうやって知りましたか？

知人の紹介 病院からの紹介()病院 ホームページを見て その他



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お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？

(_____)

