

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

受診日 年 月 日

診療を円滑にするために、お分かりになる範囲で次の事項にお答えください。

フリガナ		生年月日		年	月	日	( 歳)		
ご氏名				<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女			
ご住所	〒 _____						DM送付	可	不可
TEL	_____		mail	_____					
緊急連絡先	_____		お電話をしても さしつかえない時間帯		_____				

■紹介状はお持ちですか？  はい  いいえ

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

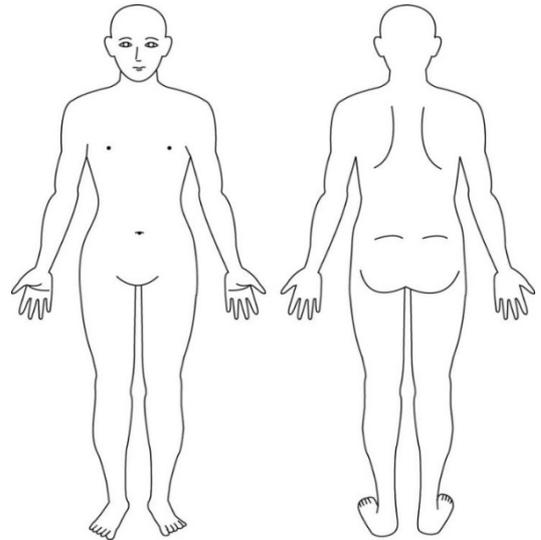
↓ 具合の悪い部位に○をつけて下さい。

右 左 左 右

いつ頃からですか？ ( 年 月 日から)

どのような症状ですか？

- 痛い     しびれる     つっぱる     腫れている  
 熱っぽい     こわばる     できものができている  
 曲がらない     動きが悪い     赤くなっている  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 美容 ( \_\_\_\_\_ )



■原因として思い当たることがありますか？

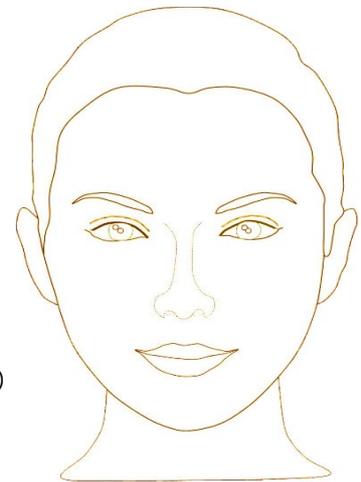
- 転んだ     ぶつけた     ひねった     はさんだ  
 落ちた     不明  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

■今回と同じ症状で治療を受けられたことはありますか？

いいえ     はい    (医療機関名: \_\_\_\_\_ )

■今までに(現在治療中も含む)病気やケガをされたことがありますか？

- いいえ     はい  
 高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)    腎臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)    心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 胃・腸疾患 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)    脳疾患 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 肝臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)    肺疾患 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)



■感染症はありますか？【B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIVなど】

はい(具体的に: \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

■現在服薬中の薬はありますか？

はい(薬剤名: \_\_\_\_\_ )     いいえ

■アレルギーはありますか？

はい (  薬     麻酔     食べ物     アルコール     その他 )     いいえ  
 (具体的に: \_\_\_\_\_ )

■現在妊娠の可能性はありますか？

はい     いいえ

■その他

身長 ( \_\_\_\_\_ cm)    体重 ( \_\_\_\_\_ kg)  
 飲酒     しない     する ( \_\_\_\_\_ 本/日)  
 タバコ     吸わない     吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日    年)

■美容問診治療に関することは、どのくらい前からお考えでしたか？

年                      カ月前から

■過去に美容施術を受けられた事がありますか？

いつ： \_\_\_\_\_ 施術内容： \_\_\_\_\_

■ご興味のある治療にチェックしてください。(複数回答可)

しみ しわ たるみ にきび ほくろ 小顔 くち 目 鼻

糸 痩身 脱毛 点滴 外用薬 内用薬 ピアス

その他 (具体的に: \_\_\_\_\_ )

■以下のうち、相談したい内容にチェックしてください。(複数回答可)

アンチエイジング

リフトアップ 美肌になりたい

ダイエット、部分やせをしたい その他( \_\_\_\_\_ )

■具体的な手術・施術の希望があればご記入ください

\_\_\_\_\_

■どの程度アドバイスして欲しいですか？

気になるころはすべて すぐに必要な治療は知りたい 最低限の治療でよい

■ご使用中の化粧品にチェックしてください。

クレンジング 洗顔 化粧水 乳液 美容液 クリーム

※差し支えなければメーカーを教えてください( \_\_\_\_\_ )

■どうやって当院のことを知りましたか？

広告/定期刊行物 看板/通りがかり

検索サイト(Google・Yahoo!・その他) (検索ワード \_\_\_\_\_ )

インスタグラム ブログ Facebook Twitter LINE

ご紹介(ご紹介者: \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )