＜形成外科・美容形成外科問診表＞

受付時間　：　サイン

年　月　日

ID
フリガナ

当法人の職員　・職員家族ですか（ はい ・ いいえ ）　続柄 ：

氏名　年齢

1　本日はどのようなご相談で来院されましたか

シミ　ほくろ　いぼ　肝斑

その他（　）

2　症状はいつ頃からですか

年　月　日頃から　ヶ月前から　週間前から　日前から

3　今回の症状について、既に治療は受けられましたか　いいえ　はい

はいの方【受けられた治療名：　改善：　有　・　無　・　再発　】

4　今までに他院の美容治療を受けて皮膚のトラブルがでたことはありますか　いいえ　はい

はいの方：以下にその内容を記入してください。

（　）

5　現在治療中の病気はありますか　いいえ　はい

はいの方　【病名：

6　今まで以下の病気にかかったことはありますか　いいえ　はい

はいの方　該当する病名に○をつけてください。

結核　不整脈　心臓病　リウマチ　がん　高血圧　糖尿病　喘息

脳梗塞　脳出血　腎臓病　肝臓病　アトピー性皮膚炎　前立腺肥大症

7　今までに薬や食べ物で、発熱・発疹（ぶつぶつ）・発赤（皮膚が赤くなる）などの症状が出たことはありますか　いいえ　はい

はいの方　発疹・発赤がでた薬又は食べ物の名前を記入してください。

薬　（　）

食物　（　）

8　麻酔の注射で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たりしたことはありますか　はい　いいえ

9　今までにケガや病気で手術を受けたことがありますか　いいえ　はい

はいの方はどのような手術をされましたか？

（　歳頃　）

10　抗凝固剤や抗血小板剤等の血液をサラサラにする薬を内服していますか　いいえ　はい

はいの方　薬の名前を記入してください。

（薬剤名：　）

11　女性の方にお聞きします

妊娠中ですか？または、妊娠の可能性がありますか？　いいえ　はい

授乳中ですか？　いいえ　はい