



<形成外科 / 美容皮膚科・美容外科問診票>

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 はいの方【受けられた治療名: _____ 改善: 有 ・ 無 ・ 再発】	いいえ	はい
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 はいの方: 以下にその内容を記入してください。 (_____)	いいえ	はい
5	現在治療中の病気はありますか はいの方 【病名: _____】	いいえ	はい
6	今まで以下の病気にかかったことはありますか 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	いいえ	はい
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 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 (_____)	いいえ	はい
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 はいの方はどのような手術をされましたか? (_____ 歳頃 _____)	いいえ	はい
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 はいの方 薬の名前を記入してください。 (薬剤名: _____)	いいえ	はい
11	女性の方にお聞きします 妊娠中ですか?または、妊娠の可能性はありますか? 授乳中ですか?	いいえ	はい