

問 診 票（美容皮膚科）

年 月 日

ふりがな				大正・昭和・平成・令和
氏 名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
自宅住所	〒 -	身長： cm 体重： kg		
自宅電話	()	携帯番号	()	
メールアドレス	@			

●この病院を受診したきっかけ(複数回答可)

- 他院紹介 当院医師かかりつけ 近所 バスアナウンス 看板 パンフレット
知人・家族のご紹介 ホームページ その他()

●マイナ保険証を持参していますか？ はい いいえ

※「はい」と答えの方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

① お悩みがあるのはいつからですか？

- () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

② どのような症状ですか？

- しみ・そばかす・肝斑 赤ら顔 あざ しわ ニキビあと
その他()

③ その症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？ → いいえ はい
 はいの方 → ()

④ 体の部位はどこですか？(右図に印をつけてください)

- 顔 頭 胸 腹 背中 腕
手 足 わき 耳 首
その他()



⑤ 現在治療中の病気はありますか？ → いいえ はい
 はいの方 → ()

⑥ お薬や食物・金属のアレルギーをお持ちですか？ → いいえ はい

- 薬剤() 倒れた ・ 発疹
食物() 金属() その他()

⑦ 女性の方で該当される方のみご記入ください。現在妊娠している可能性はありますか？

- いいえ 可能性あり 妊娠 月 授乳中

⑧ 今後何か大事なお予定はありますか？ → いいえ はい

はいの方 → 予定日(/) 内容：

⑨ お顔の診察を希望される方へ 本日お化粧品をしていますか？ → いいえ はい

はいの方 → お化粧を落としていただくことはできますか？ → いいえ はい

⑩ 化粧品のご紹介、サンプルは必要ですか？ → いいえ はい

⑪ 診療や治療に関するご要望などあればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。