

日吉本町みのる皮ふ科 美容問診票

氏名	性別	年齢	生年月日
フリガナ	男 ・ 女	歳	年 月 日
住所			電話番号
〒			携帯 ()
			自宅 ()

◆下記の質問に分かる範囲でお答えください。

- ① 現在治療中のご病気（ ある ・ ない ）⇒ 病名 （
- ② 内服中の薬 （ ある ・ ない ） ⇒ お薬の名称 （
- ③ 肌のお悩み （ シミ ・ くすみ ・ しわ ・ 赤み ・ その他
- ④ 過去の日焼け （ 多い ・ 普通 ・ 少ない ） ※部活や趣味、仕事など
- ⑤ 日焼け止めは （ 毎日欠かさない ・ たまに使う ・ ほぼ使わない ）
- ⑥ 日焼けをすると肌はどのように変化しますか？（黒くなる ・ 赤くなる ・ 湿疹が出る ・ その他
- ⑦ 肌の乾燥 （ 強い ・ 少し感じる ・ 感じない ）
- ⑧ お使いのクレンジングのタイプは ↓
（ オイル ・ ジェル ・ クリーム ・ ミルク ・ 泡 ・ ふき取りシート ・ その他 ）
- ⑨ 過去の美容施術歴 （
- ⑩ 本日から2週間の間に結婚式や写真撮影などの大事なご予約は （ ある ・ ない ）
- ⑪ 低用量ピルの内服 （ ある ・ ない ）

◆下記の内容に該当する場合は□にチェックをしてください

☐妊娠 ☐授乳中 ☐日光・光線過敏症 ☐顔に刺青あり ☐ケロイド体質 ☐顔に金の糸を入れている
☐顔にシリコンなどのインプラントやヒアルロン酸注入した ☐アトピー体質 ☐てんかん ☐糖尿病
☐心疾患 ☐出血性疾患 ☐金属アレルギー ☐抗凝固薬（バイアスピリン・ワーファリン等）を内服中
☐肌が荒れやすい・敏感肌 ☐ペースメーカーやボルト等 体内金属が入っている

◆施術を受ける前に質問したいことや伝えたいことなどがあれば自由にご記入ください