

フガナ

氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日 (M・T・S・H) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

〒 _____
住 所 _____

電話番号 携帯 / _____ 自宅 / _____

※受付番号 _____ 氏名 _____ 様 カルテ NO. _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<美容予約問診表>

●気になる症状の順番に番号を書いてください。

シミ	ほくろ	イボ	シワ	タルミ	目の下のクマ
毛穴の開き	毛穴の黒ずみ	赤ら顔	ニキビ痕	薄毛	

●シミ・ほくろ・イボ・赤ら顔は、いつから気になりはじめましたか。

シミ → _____ ケ月前 _____ 年前 _____ 生まれつき
ほくろ・イボ → _____ ケ月前 _____ 年前 _____ 生まれつき
赤ら顔 → _____ ケ月前 _____ 年前 _____ 生まれつき

●シミが濃くなったと思ったきっかけと時期を記入してください。

(_____)

●普段、日焼けをする事が多いですか。 (はい ・ いいえ)

●「はい」と答えられた方は、どんな時か全てに○をしてください。

スポーツ : テニス ・ ゴルフ ・ ランニング ・ 山登り ・ その他 (_____)
仕事 : 通勤 ・ 営業など外回りの仕事 ・ その他 (_____)
日常生活 : ガーデニング ・ 犬の散歩 ・ その他 (_____)

●普段、日焼け止めを使用していますか。 (はい ・ いいえ)

●「はい」と答えられた方は、次の質問に記入してください。

SPF(_____) ・日焼け止め(専用 ・化粧入り) ・頻度(毎日 ・時々 ・夏のみ) ・塗り直し(する ・しない)

●洗顔料を使用した洗顔は1日何回行いますか。(_____ 回)

●メイク落としはどんなタイプをお使いですか。オイル ・ クリーム ・ ジェル ・ 拭き取りコットン

●化粧水をつけるときにコットンを使用しますか。 (はい ・ いいえ)

●ホームピーリング等の特別なスキンケアをされていますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」と答えられた方は具体的にお書き下さい。 _____

●毎日のお肌のお手入れに使うスキンケア用品に関心がありますか。(はい ・ いいえ)

●現在治療中の病気はありますか。 (あり ・ なし)

ありの場合、お薬手帳を提出して下さい。(持参なし ・ 次回持参 ・ 手帳なし)

手帳なしの方は病名・薬・病院名を記入して下さい。※(治療に必要な情報です。必ず記入して下さい。)

(_____)

●薬のアレルギーはありますか。 (はい 薬剤名 _____ ・ いいえ)

●現在妊娠中ですか。 (はい _____ ケ月 ・ いいえ)

●授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

メモ
