

美容皮膚科(自費診療)問診票(診察申込書)

年 月 日

自費診療の初診料(ドクターカウンセリング料)は3150円です。相談で診察室に入られる場合でも費用が発生いたします。

フリガナ 氏名			男女	生年月日 明 昭 年 月 日 才 大 平		
住所	〒 電話 ()					
職業 (具体的に)	身長	cm	体重	kg	体温	℃

当てはまる部分に○を付けたり、記入したりして下さい。

1. どのような症状に対して診察を希望されますか？

シミ・そばかす・ホクロ・しわ・皮膚の赤み・色素沈着・ニキビ・ニキビ痕・毛穴の開大(黒ずみ)・CO2レーザー治療・オーロラ(フォトRF)・ハイドロキノン・トレチノイン・ケミカルピーリング・メディカルエステ(ビタミンリートメント・イオン導入)・ペレヴェ(美肌・リフトアップ)・脱毛・AGA(男性型脱毛症)・ラエンネック(内服・注射)・その他()

2. それはお身体のどの部位ですか？(頭・顔・首・胸・腹部・背中・臀部・陰部・上肢・下肢・手・足)

3. 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？(ある・ない)

病院名/エステティックサロン名() 治療法()

4. 現在、常用している薬はありますか？(ある・ない)

薬の名前()

5. 薬や食べ物でアレルギーや気分が悪くなったことはありますか？(ある・ない)

薬や食べ物の名前()

6. 金属アレルギーや光線過敏症はないでしょうか？(金属()アレルギー・光線過敏症・ある・ない)

7. 既往歴()

タバコ(()本/日)アルコール(/日) 卵アレルギー(ある・ない)

8. 【女性の方に】 妊娠(している(カ月)・可能性がある・していない・授乳中)

9. 治療についての御希望をお聞かせ下さい。

(健康保険の範囲内で治療・健康保険外の治療も希望・美容治療(自費診療)を希望・肌診断(ロボスキンアナライザー)を希望・基礎化粧品相談)

10. その他特に希望があればお書き下さい()

◎ 美容皮膚科を御希望の方へ

診療は一般皮膚科と同様に完全予約制です。お電話で御予約の上お越し下さい。

内容によっては保険の適応もありますので保険証をお持ち下さい。

顔の診察の場合、お化粧を落としていただきますので、その後お出かけの場合は、化粧品セットをご持参下さい。