

ID :

問診票

記入日:

年

月

日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			西暦	年	月	日 (歳)
職業			身長	cm /	体重	kg
住所	〒 —					
電話番号 (自宅)			(携帯)			

1. 当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。

☐ インターネット ☐ 看板・広告 ☐ 近隣 ☐ ご紹介(紹介者氏名:)

2. 現在、治療中の病気はありますか？

☐ なし ☐ あり
 ありの場合 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 喘息 ☐ その他()

3. 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

☐ なし ☐ あり
 ありの場合 ☐ ()

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

☐ なし ☐ あり
 ありの場合 ☐ (お薬名:

5. アレルギーやアレルギー疾患、ケロイドをお持ちですか？

☐ なし ☐ あり
 ありの場合 ☐
☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 金属アレルギー ☐ 光線過敏症
☐ テープにかぶれる ☐ ケロイド ☐ その他()
☐ 食品(内容:) ☐ 薬剤(内容:)

6. 女性の方へ 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい
 はいの場合 ☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中 (子の月齢 カ月)

7. この1年間で検診を受けましたか？

☐ いいえ ☐ はい
 はいの場合 ☐ (いつ頃: どこで: 指摘事項: ☐ なし ☐ あり :)

8. 飲酒、喫煙について教えてください。

 飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む 週【 】日、量【 】mL
 喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う 【 】本/日 × 【 】年 ☐ 禁煙した

形成外科(保険)

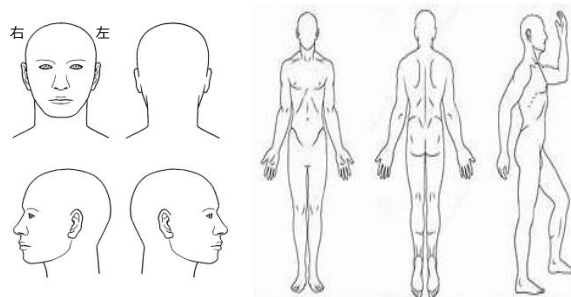
※美容(自費)の方は裏面へ

9. 受診された主な目的は？

あてはまるものにチェックして下さい

☐ けが ☐ キズあと ☐ ホクロ・イボ
☐ できもの ☐ ニキビ ☐ あざ
☐ 眼瞼下垂・逆まつげ ☐ 巻き爪
☐ その他()

※ 保険診療で対応可能かどうかは、医師の診察で判断します。



10. 症状はいつ頃から気になりますか？

() 日前 / () 週間前 / () カ月前 / () 年前 / 生まれつき / 不明

11. その他、気になることや伝えておきたいことなどがあればご記入ください。

()

当院は診療情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(通常の保険証) 初診時加算1:6点/再診時加算3:2点(マイナ保険証) 初診時加算2:2点

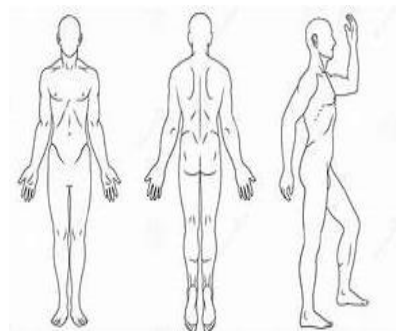
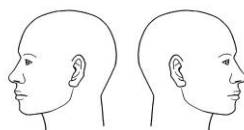
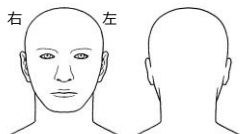
フリガナ	
氏名	

美容(自費) ※保険診で来院の方は記載不要です

12. 受診された主な目的は？

あてはまるものにチェックして下さい

- ☐しみ・肝斑・くすみ
☐美肌・肌質改善・赤ら顔
☐脱毛 ☐ニキビ
☐ホクロ ☐しわ
☐たるみ ☐まぶたのお悩み
☐くちびる ☐その他()



13. いつごろから気になりますか？

() 日前 / () 週間前 / () カ月前 / () 年前 / 生まれつき / 不明

14. 過去に美容治療や美容手術受けたことはありますか？

☐ なし ☐ あり

ありの場合 ▣ (いつ頃:) どこで:)

☐ アートメイク (部位:) ☐ ヒアルロン酸 (部位:)

☐ フェイスリフト ☐ インプラント※歯科は除く (部位:)

☐ ボトックス (部位:) ☐ その他()

15. 肌タイプについてお聞かせください

☐ 弱い ☐ 普通 ☐ 強い

▣ 過去の肌トラブルがあればお聞かせください ()

16. 直近で日焼けしたり、大事な予定はありますか(運動会、レジャー、結婚式など) ☐ いいえ ☐ はい

はいの場合 ▣ (いつ頃:) 内容:)

17. ご希望をお聞かせください

- ☐ 費用はかかっても自分に合った、効果の高い治療を受けたい
☐ 極力価格を抑えて治療したい (1か月 円くらい)
☐ 相談して決めたい

18. その他、気になることや伝えておきたいことなどがあればご記入ください。

()

- 患者様の個人情報は厳重に管理され、第三者に提供されることはありません。
 ○ 患者様及び職員の個人情報やプライバシーを保護する目的で、クリニック内での写真、動画、録音を固く禁止しております。
 許可なく当該行為が判明した場合には、データを削除していただく場合がございます。