

美容皮膚科外来 問診票

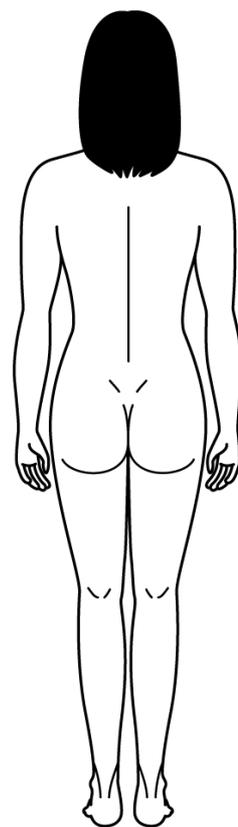
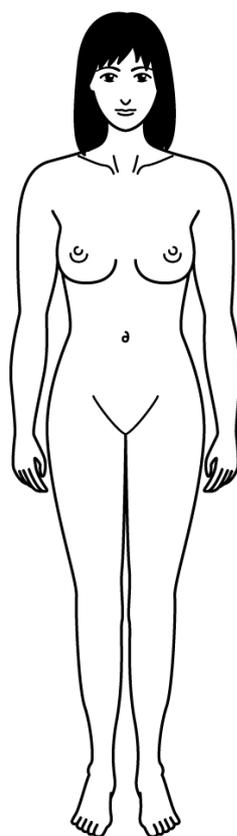
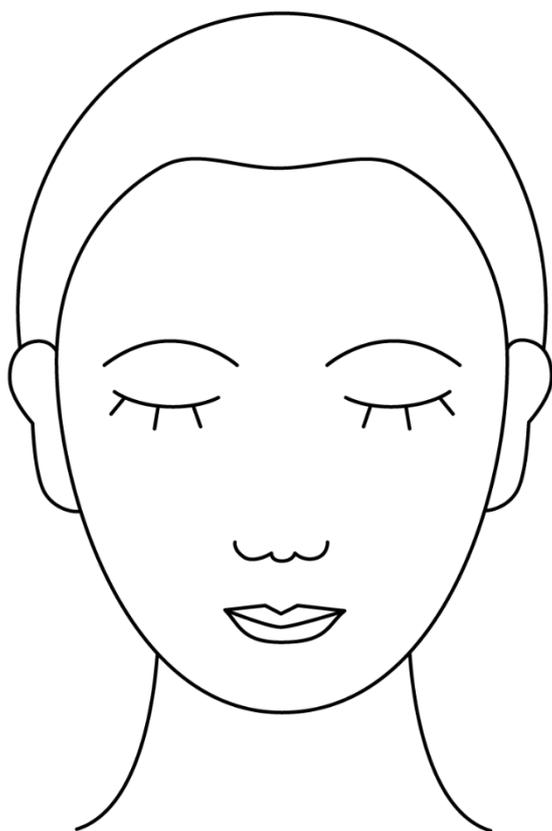
氏名： _____ ID： _____ 年 月 日

※より良い治療をご提案させていただくためのものです。ご自身でのご記入が難しい箇所は空欄にして診察時にお伝えください。

① 気になる肌のお悩みすべてに○をつけてください。また具体的な部位に○をつけてください。

しみ・肝斑・あざ・ほくろ・にきび・にきびあと・あかみ・たるみ・しわ・毛穴・きめ・その

他 _____



② ご自身のアレルギー疾患についてお聞きします。○を付けてください。

過去にあり、現在治療していない場合も○を付けてください。

喘息・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー・金属アレルギー・蕁麻疹・薬・その他

③ 現在治療中の皮膚疾患やそれに伴う外用薬や内服薬はありますか。

※診察時にお薬手帳をご提示ください。

疾患名：

投薬名：

④ 現在治療中の内科疾患やそれに伴う内服薬はありますか。

※診察時にお薬手帳をご提示ください。

疾患名：

投薬名：

⑤ 現在妊娠していますか。 いいえ・はい

⑥ 現在内服中のサプリメント・漢方がありますか。

商品名：

⑦ これまで美容皮膚科を受診したことがある方にお伺いします。

※施術名が分からなければ空欄でかまいません。

光治療(フォトフェイシャル)： _____ 回

脱毛：腋窩・腕・足・その他/合計 _____ 回

レーザー：シミ _____ 回、たるみ _____ 回

手術：ほくろとり・二重術・豊胸・その他 _____

その他： _____

⑧ 1日のスキンケアについてお伺いします。分かる範囲で具体的に
記入ください。

洗顔は何回しますか。 _____ 回

洗顔料はどのようなものを使用していますか。 商品名： _____

洗顔方法はどのようにしていますか。 泡立てて・そのまま・ブラシ・その他 _____

洗顔とは別にクレンジングを使用しますか。 オイル・クリーム・ジェル/商品名： _____

朝使用する基礎化粧品についてありの場合は☑と商品名やメーカーを記入してください。

ピーリング ： _____

化粧水 ： _____

オイル ： _____

乳液 ： _____

クリーム □: _____

ゲル □: _____

シート □: _____

その他 □: _____

夜使用する基礎化粧品についてありの場合は☑と商品名やメーカーを記入してください。

ピーリング □ : _____

化粧水 □ : _____

オイル □: _____

乳液 □: _____

クリーム □: _____

ゲル □: _____

シート □: _____

その他 □: _____

その他美顔器などの使用はありますか。 ない・ある/週 回/機械名 _____

**⑨ 現在のメイクアップについてお伺いします。分かる範囲で具体的に
記入ください。**

週何回メイクをしますか。 週 回

使用するメイクアップ用品についてありの場合は☑と商品名やメーカーを記入してください。

日焼け止め □: _____ SPF()PA() 週 回

下地クリーム :

ファンデーション パウダー・リキッド・ミネラル:

★またファンデーションはどのように使用しますか。 ブラシ・スポンジ・手で

コンシーラー :

チーク :

★またチークはどのように使用しますか。 ブラシ・スポンジ・手で

アイメイク パウダー・練り:

★またアイメイクはどのように使用しますか。 ブラシ・スポンジ・手で

ビューラー :

⑩ 入浴や生活習慣についてお尋ねします。○や数字、商品名をご記入ください。

- ・ 何度のお風呂に入っていますか。 度
- ・ 石鹸やボディークリームはどのようなものを使用していますか。 商品名
- ・ ボディータオルやタオル、ネットを使用する ・ 使用しない
- ・ 動物を飼っている(ネコ・犬・その他) ・ いない
- ・ 睡眠時間は何時間ですか。 時間
- ・ たばこを吸う(本) ・ 吸わない
- ・ お酒を飲む(ビール 本・日本酒 合・ワイン 杯) ・ 飲まない
- ・ お仕事をされている方だけの質問です :

 ご職業 関係 ・ 週休 日 ・ 時頃～ 時頃まで

・ 1日の中で屋外にどのくらいの時間いますか。 1時間以内・ 時間

⑩ その他ご質問やご希望などあればご自由にご記入ください。

南越谷病院 皮膚科