形成外科・美容皮膚科問診票

20　　年　　月　　日					
ﾌﾘｶﾞﾅ		女 男	住所		
氏名			電話	自宅； 携帯；	
生年月日	西暦　　年　　月　　日	歳			
職業			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		

※自費診療につき、初診時3300円、再診の都度1100円を診察料として頂いております。ご了承ください。

■ 本日、お化粧を落としてご来院されていますか？
□化粧している　□化粧していない　□アイメイクのみ　□日焼け止め（色なし）のみ

■ どのような施術・症状でご相談を希望されますか？
□豊胸　□ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ抜去　□ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ入換え　□乳房等形成　□婦人科形成
□いぼ　□ほくろ　□シミ　□そばかす　□ニキビ　□ニキビ跡　□毛穴　□くすみ
□たるみ　□しわ　□肌改善（美肌・美白）□ピアス（耳たぶ・軟骨・へそ）
□ﾊﾟﾗﾒﾃﾞｨｶﾙﾋﾟｸﾞﾒﾝﾃｰｼｮﾝ　□眉ｱｰﾄ　□刺青除去　□多汗症・腋臭症　□その他

■ 上記に対し、過去に治療または施術を受けたことがありますか？　□いいえ　□はい
※「はい」と答えた方 施術場所　（医療機関　・　エステ）　いつ頃（　　）
施術内容　（　　）

■ 現在お薬を飲んでいますか？　※「はい」と答えた方はお薬手帳をご提出ください。
□いいえ　□はい　薬名（　　）

■ これまでに下記に挙げたものでアレルギーを起こしたことはありますか？
□いいえ　□はい　（　内服薬　・　外用薬　・　麻酔薬　・　金属　・　アルコール消毒　）

■ 普段のスキンケアにお使いのものはありますか？
□いいえ　□はい　（　クレンジング　・　化粧水　・　乳液　・　美容液　・　クリーム　・
UVカット　・　その他（　　））

■ 近々、大事なイベントのご予定はありますか？
□いいえ　□はい　（　　月　　日頃　行事内容　　）

■ ご連絡が必要な場合、.お電話またはメールさせていただいてもよろしいでしょうか？
□いいえ　□はい

■ 女性の方におききします。妊娠・授乳していますか？
□いいえ　□はい　妊娠中の方（　　週目）

■ 今回来院されたきっかけは何ですか？
□ホームページ　□紹介　□院内掲示、保険診療から　□インターネット
□自宅・職場から近い　□その他（　　）

■ ご案内のメールを差し上げてもよろしいですか？　□はい　□いいえ

医療法人豊仁会三井病院
形成外科・美容皮膚科