

形成外科・皮膚科問診票

ふじた形成外科・皮膚科クリニック

フリガナ		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳 ヶ月)
ご住所	〒□□□□□□□□	
電話番号		15歳以下の方は体重をご記入ください () kg

※お名前でお呼びいたします。呼名によって支障がある方は、事前に受付までお申し出ください。

①当院はどこで知りましたか？○をつけてください

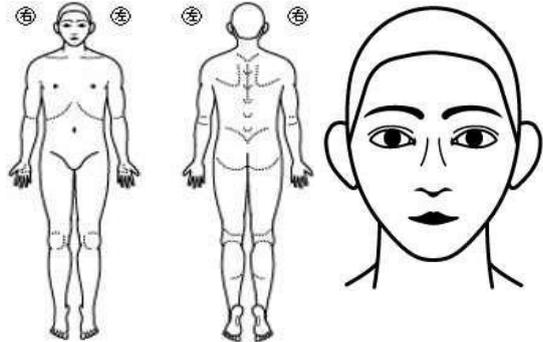
ホームページ 自宅が近所 イオンモール内の看板・案内 知人の紹介 他院からの紹介

②本日の受診目的に○を付けてください

保険 あざ ケロイド けが やけど 治りにくいきず きずあと ほくろ できもの いぼ たこ 魚の目 巻き爪 水虫
にきび にきびあと 赤ら顔 肌荒れ 発疹 かぶれ じんましん 虫刺され 乾癬 かゆみ 痛み 腫れ
水いぼ とびひ ヘルペス 脱毛症 その他 ()

美容 医療脱毛 しみ そばかす くすみ 毛穴 しわ たるみ 赤ら顔 ほくろ ピアス (耳たぶ・耳たぶ以外)
ピーリング フォトフェイシャル メソアクティス ルビーレーザー プラセンタ・にんにく注射 その他 ()

③診察を希望される部位に○を付けてください



④その症状はいつ頃からですか？

⑤それについて、今までどこかで治療されていますか？

(いいえ・はい: 医療機関・エステティックサロン)
(具体的に)

⑥食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

無・有 [卵・牛乳・小麦・その他 ()]

⑦薬 (のみぐすり、注射) でアレルギーを起こしたことはありますか？薬の名前が分かれば書いてください

無・有 [抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他 (薬品名)]

⑧今までかかった病気を教えてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 アレルギー性鼻炎 (花粉症) アレルギー性結膜炎 喘息
その他 ()

⑨常用している薬はありますか？

無・有 (薬剤名))

お薬手帳や薬情の持参 (無・有・忘れた ※現在、服用中のお薬がある方はお薬手帳を一緒にご提示ください)

⑩現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠の可能性ある 妊娠中 (週) 授乳中

以下は美容診察を希望の方のみご記入ください。

⑪現在、日焼けをしていますか？ また日焼け止めは塗っていますか？

(はい・いいえ) (毎日・ときどき・塗らない)

⑫体質についてあてはまるものに○をつけてください

ケロイド体質・金属アレルギー・アルコールアレルギー・光過敏症

⑬化粧品・外用薬・毛染め剤がかぶれた事がありますか？

無・有 (具体的に:)

⑭金の糸・ペースメーカーをされていますか？

(はい・いいえ)

診察まで暫くお待ちください。