

No. \_\_\_\_\_

来院日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年
お名前			月	日 ( 歳)
		性別	男	・ 女
ご住所	(〒 - )			
ご職業	・会社員 ・主婦 ・学生 ・その他 ( )			
電話番号	- -			
Email	@			

● これまでにおおきなご病気にかかったことはありますか。 ( はい ・ いいえ )

→「はい」の方は、詳細をご記入ください。

- ①高血圧 ②糖尿病 ③てんかん ④皮膚疾患 ⑤肝疾患(肝炎など) ⑥血液疾患(HIV や免疫不全など)  
⑦婦人科系(更年期障害) ⑧自己免疫疾患 ⑨その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 現在使用中のお薬(飲み薬・塗り薬など)はありますか。 ( はい ・ いいえ )

→「はい」の方は詳細をご記入ください。 \_\_\_\_\_

● 現在ニキビ治療のための飲み薬や塗り薬は使用されていますか。 ( はい ・ いいえ )

● 女性の方は下記をご記入ください。

・妊娠中・妊活中・授乳中ですか。 ( はい ・ いいえ )

・ピルを服用中ですか。 ( はい ・ いいえ ) ※お薬名 ( \_\_\_\_\_ )

● 体に合わないお薬や食べ物、アレルギーなどはありますか。 ( はい ・ いいえ )

→「はい」の方：( 薬品 ・ 食物 ・ アルコール ・ 金属 ・ 花粉 ・ ゴム ・ ナッツ )

( その他 \_\_\_\_\_ )

● ケガの跡や手術の傷がケロイド状になったことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

● 麻酔を使用した施術を行ったことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

→「はい」の方：トラブルはありましたか。 ( はい ・ いいえ )

→「はい」の方：詳細を教えてください。 ( \_\_\_\_\_ )

● 美容整形(金の糸・プロテーゼなど)のご経験はありますか。 ( はい ・ いいえ )

→「はい」の方：部位・内容をご記入ください。( \_\_\_\_\_ )

● 3ヵ月以内に他院で施術をした方は、日にちと施術内容を教えてください。

( \_\_\_\_\_ 頃) ・ (施術内容： \_\_\_\_\_)

→トラブルがあった方は詳細をご記入ください。( \_\_\_\_\_ )

No. \_\_\_\_\_

- アートメイクはしていますか。 ( はい ・ いいえ )  
→「はい」の方: 部位・施術した時期をご記入ください。( \_\_\_\_\_ )
  - 現在、歯科矯正の器具は装着していますか。 ( はい ・ いいえ )
  - 1か月以内に日焼けをするようなご予定(ゴルフ・海・日焼けサロン)はありますか。 ( はい ・ いいえ )
  - 嗜好品についてご記入ください。
    - ・タバコは吸いますか。( はい ・ いいえ / 1日 \_\_\_\_\_ 本 )
    - ・お酒は飲みますか。( はい ・ いいえ / 1日 \_\_\_\_\_ )
  - 現在、ハイドロキノンや高濃度ビタミンA(レチノール)が含まれているアイテムは使用されていますか。  
また使用されていたら、商品名をご記入ください。 ( はい ・ いいえ )  
( 商品名: \_\_\_\_\_ )
- 

- 化粧品や美容ケア、エステなどに月々どのくらい費用をかけますか。 月(¥ \_\_\_\_\_)ほど
- 現在お悩みの肌トラブル又は下記の治療にご興味がおありでしたら教えてください。
  - ・肌トラブル
    - くすみ シワ たるみ シミ アンチエイジング 乾燥肌 肝斑 毛穴
    - ニキビ ニキビ跡 その他( \_\_\_\_\_ )
  - ・治療
    - HIFU フォトフェイシャル M22 ダーマペン 水光注射 レーザーフェイシャル
    - 医療脱毛 美容点滴 ピーリング ハイドラフェイシャル クリニック専売品 ゼオスキン
- 当院を知ったきっかけを教えてください。
  - インスタグラム(ユーザー \_\_\_\_\_) ホームページ ネット検索 クレイパス
  - ご紹介(患者様名: \_\_\_\_\_)
  - その他( \_\_\_\_\_)