

お名前： _____ 職業： _____

共通

- 1 本日はどのようなご相談ですか。
 シミ そばかす たるみ 小じわ ニキビ ニキビ痕 毛穴の開き
 毛穴の黒ずみ くすみ 痩身
 その他 [_____]
- 2 今回のご相談内容について、これまでに治療を受けたり、他の美容皮膚科・エステに通院されたことはありますか。
 はい いいえ
 治療内容 [_____]
- 3 薬や食品などにアレルギーはありますか。
 はい いいえ
 薬、食品名 [_____]
- 4 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風・高尿酸血症 狭心症・心筋梗塞 不整脈
 喘息 胃炎・胃潰瘍 肝機能障害 その他 [_____]
- 5 常用している薬はありますか。
 (お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください。)
 はい いいえ
 薬名 [_____]
- 6 飲酒： 以前から飲まない _____ 年前にやめた 飲む (1回あたり _____ 合 / 週 _____ 回)
- 7 喫煙： 以前から吸わない _____ 年前にやめた 吸う (1日あたり _____ 本 / 喫煙年数 _____ 年)
- 8 光線過敏症(光で皮膚にかゆみや赤みなどが生じる)はありますか。 はい いいえ
- 9 最近日焼けをした、または日焼けをする予定がありますか。 はい いいえ
- 10 ペースメーカーを挿入していますか。 はい いいえ
- 11 タトゥー、アートメイクをしていますか。 はい いいえ
- 12 ゴールドセラピー(金糸治療)をしていますか。 はい いいえ
- 13 インプラント治療をしていますか。 はい いいえ

女性の方のみご記入ください

- 14 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ
- 15 現在、授乳中ですか。 はい いいえ