

自由診療 問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
氏名			昭和・平成・令和 年 月 日生 () 歳	
住所	〒 —			
電話番号				

該当する項目に☑をつけてご回答ください

1. どのような診察をご希望されますか？

- ☐脱毛
 ☐フェイシャル
 ☐タトゥー除去
 ☐内服
☐点滴・注射
 ☐その他 ()

2. 部位はどこですか？

- ☐顔
 ☐首
 ☐わき
 ☐胸
 ☐腹
 ☐背中
 ☐腕
 ☐脚
☐ひげ
 ☐うなじ
 ☐おしり
 ☐VIO
 ☐その他 ()

3. これまで脱毛やフェイシャル治療を受けられたことがありますか？

【脱毛】 ☐施術歴なし

- ☐他の医療機関
 ☐エステティックサロン
 ☐その他 ()
 (最終： 年 月頃) (部位：)

【フェイシャル】 ☐施術歴なし

- ☐他の医療機関
 ☐エステティックサロン
 ☐その他 ()
☐レーザー
 ☐IPL (ルメッカ 等)
 ☐ほくろ除去
 ☐ハイフ
 ☐糸リフト
☐注入 (ボトックス・ヒアルロン酸 等)
 ☐美容内服
☐外用薬 (ニキビ治療薬・ハイドロキノン・レチノール等)
☐その他 (施術名：)

* 1ヶ月以内の施術があればご記入ください (年 月頃：施術名)

4. アレルギーをお持ちの方はご記入ください ☐なし

- ☐ぜんそく
 ☐ケロイド体質
 ☐光線過敏
 ☐麻酔
 ☐アルコール消毒
☐薬剤 ()
 ☐食物 ()
 ☐金属 ()
☐その他 ()

→ 裏面に続きます

5. 女性の方のみご記入ください

妊娠中ですか ☐いいえ ☐はい

授乳中ですか ☐いいえ ☐はい

6. 現在治療中の病気、内服しているお薬がありますか？ *お薬手帳があれば受付にて提示をお願いします

☐いいえ

☐はい（病名： _____ ）

（薬剤名： _____ ）

7. 今後大切な行事を予定されている方にご記入ください ☐なし

*例：結婚式〇月〇日、運動会〇月〇日

（ _____ ）

8. お顔の診察を受ける方は正確な診断のため、お化粧を落とした状態で診察を受けて頂きます
（クレンジングなどをご希望の方は受付にお申し出ください）

☐本日はどうしてもお化粧を落とすことができないので、このまま診察を受けることを希望します

9. 診断や治療に関してご要望があればご記入ください

（ _____ ）

10. 来院されたきっかけを教えてください

☐ホームページ ☐家族が通院している ☐紹介（ _____ ）

☐SNS ☐その他（ _____ ）

ご協力、誠にありがとうございました

みらい内科クリニック 美容問診票

氏名

ご来院ありがとうございます。

お手数ですが、わかる範囲で下記の内容に該当する項目に○をつけてお答えください。

1. 本日の来院のきっかけとなった最も改善したい症状、お悩みを1つお選びください。

しみ そばかす くすみ 肝斑

たるみ ほうれい線 シワ

ニキビ ニキビ跡 毛穴 赤み

2. 部位はどこですか。右の図に印をつけてください。

3. いつ頃から気になっていますか？

()

4. 2番目に気になる症状があればご記入ください。

()

この症状は

(1.と同時に治療開始希望 1.が改善されてから治療希望)

5. 希望の施術に印をつけてください。 *予約状況により当日施術できないメニューもあります

ピコショット(シミ取り) トーニング

フラクショナル

レーザーフェイシャル レーザーシャワー

リフトアップレーザー

ダーマペン4

ウルティムガン

リフテラ V(ハイフ)

ピアモ

ハイドラシャワー

エレクトロポレーション

ラドクター

点滴・注射

6. 伝えておきたいこと、ご要望があればご記入ください。

ご協力、誠にありがとうございました。



みらい内科クリニック
Mirai Medical Clinic