



SUZURAN Skin Clinic

奏の杜すずらん皮膚科

美容皮膚科 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成・令和)		
お名前		年 月 日	歳	男 ・ 女

1. 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

2. どのような症状に対して診察を希望されますか。

しみ ・ ほくろ ・ ニキビ ・ 美肌 ・ AGA (男性型脱毛) ・ 多汗症

脱毛 ・ たるみ ・ 赤ら顔 ・ その他 ()

3. ご希望のメニューは何ですか。

ピーリング ・ イオン導入 ・ しみとりレーザー ・ IPL (フォト) ・ 炭酸ガスレーザー ・ 医療脱毛

ボトックス注射 ・ プラセンタ ・ ファームアップ ・ アートメイク ・ ハイドラフェイシャル

院内製剤購入 (ハイドロキノン ・ トレチノイン ・ 汗止め液 ・ まつげ育毛剤 ・ 化粧品 ・ AGA 治療薬)

わからない ・ 相談して決めたい

4. 今まで受けたことがある美容診療はありますか。(医療機関、エステティックサロン含む)

ピーリング ・ イオン導入 ・ IPL (フォト) ・ 炭酸ガスレーザー ・ 医療脱毛 ・ プラセンタ

ボトックス注入 ・ ヒアルロン酸注入 ・ レーザー治療 ・ トーニング治療 ・ たるみ治療

アートメイク ・ ハイドラフェイシャル ・ その他 ()

それはいつ頃ですか? (年 月 ~ 年 月頃)

5. 光線過敏症はありますか。

ある ・ ない

6. 現在お使いの化粧品、外用剤の中で以下の商品はありますか。

美白剤 (品名:) ピーリング剤 (品名:)

医療機関で処方された外用剤でお顔に塗布するもの (品名:)

7. 近々何か大事なお予定 (同窓会・成人式・結婚式など) はありますか。

いいえ ・ はい (、時期: 年 月 日)