

問診票（診察・施術・カウンセリング用）

ID _____ 氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今回、ご相談の内容はどのようなことですか？（部位や症状をご記入ください）

③現在、病気や美容目的などで病院へ通われていますか？

通院していない

通院中（何科： _____ 通院内容： _____）

④これまでにかかった大きな病気はありますか？

ない _____ ある（ _____ ）

⑤現在、常用しているお薬、漢方薬、健康食品などはありますか？

ない _____ ある（ _____ ）

⑥アレルギーはありますか？（食品・薬・動物・花粉症など含む）

ない _____ ある（ _____ ）

⑦麻酔薬のアレルギーはありますか？

ない _____ ある _____

⑧過去に化粧品トラブルはありましたか？

ない _____
ある（いつ頃： _____ 商品名： _____ どのような： _____）

⑨これまでにかかった大きな病気、または現在、治療中の病気はありますか？

ない _____ ある（ _____ ）

⑩現在、体内に金属類を入れていますか？（心臓ペースメーカーや、骨折などによるボルトなど）（※虫歯治療などの金属は除く）

入れていない _____ 入れている（部位： _____）

⑪女性の方（当てはまる場合のみお答えください）。

妊娠中（ _____ カ月） ・ 妊娠の可能性あり _____ ・ 授乳中 _____

⑫日頃紫外線にあたる機会が多いですか？

少ない _____ 運動・洗濯を干す程度 _____ 多い _____

⑬日頃から、紫外線ケアを行っていますか？またその対策方法を教えてください。

紫外線ケア： あまり気にしていない _____ 気にしているが行なってない _____ 気にしている _____

対策方法： 日焼け止め又は下地 SPF（ _____ ） ・ 日傘 ・ サングラス ・ 長袖の服
帽子 ・ 抗酸化ビタミン摂取 ・ その他（ _____ ）

裏面もご記入をお願いします→

