

## 問診票

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
お名前			
ご住所	〒 -		
自宅電話番号		ご連絡先	携帯・職場・その他
ご職業	既婚・未婚・子供あり・子供なし		
携帯アドレス	@ docomo.ne.jp・softbank.ne.jp・ezweb.ne.jp		

ご予約日の3日前に確認メールを配信いたします。パソコンからのメールを拒否されている場合は【@watashino.jp】のドメイン解除をお願い致します。

今日はどのような症状のご相談で来院されましたか？

上記について一番つらいこと（ひどい症状、治してほしい症状、もっとも心配なこと）は何ですか？

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ・はい（病名： ）

現在、内服している薬がありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

入院するような病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

アレルギー性の病気がありますか？

アトピー皮膚炎・蕁麻疹・かぶれ・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物・その他（ ）

薬のアレルギーがありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

治療のご希望をお聞かせ下さい。

健康保険の範囲内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望 ・ 応急処置のみ希望

美容治療を希望 ・ 健康診断（検診）を希望 ・ サプリメント相談 ・ 基礎化粧品相談 ・ メイクアップ相談

来院されたきっかけは何ですか？

知人からの紹介（ ）様） ご家族からの紹介（ ）様） タウンページ

ホームページ・インターネット 駅の看板 当ホテルの看板 パンフレット

雑誌（雑誌名 ） テレビ（番組名 ） その他（ ）



私のクリニック目白

Miss & Mrs.

# 問診票（皮膚科・美容関係）

お顔の皮膚の治療と、洗顔やお化粧品についてアドバイスさせていただきます。  
当てはまる項目を○で囲んでください。1つの質問に複数チェックしても構いません。

## 1. 夜の洗顔について教えてください。

- ・お化粧を落とすときに、どのタイプのクレンジングをご使用になっていらっしゃいますか？  
オイルタイプ ・ ミルクタイプ ・ クリームタイプ ・ ジェルタイプ ・ 2 in 1 type  
ふき取りシートを使う ・ 水で流すお湯で流す ・ ティッシュでふきとる  
その他（ ）
- ・その後、洗顔フォームをご使用になりますか？                    使用する ・ 使用しない
- ・石鹸をご使用になりますか？    使用する ・ 使用しない
- ・流すときは？    お湯 ・ 水 ・ ぬるま湯
- ・お顔をお風呂で洗われますか？    はい ・ いいえ
- ・いいえの方にお聞きします。    入浴前に洗顔する ・ 入浴後に洗顔する
- ・お風呂で洗われる方の場合、最初に洗われますか。それとも洗髪後に洗われますか？  
最初 ・ 洗髪の後 ・ シャワーの続きで洗う  
シャンプー前にクレンジングをして、最後に洗顔している  
その他（ ）
- ・洗顔の後、何を塗られますか？ 順番をご記入ください。使用しないものは×印  
化粧水（ ） ・ 乳液（ ）  
美容液（美容・保湿・アイクリームを含む）（ ） ・ 保湿クリーム（ ）
- ・ポイントメイクを落とすのに特別なものをご使用になられますか？  
はい ・ いいえ
- ・しっかり洗わないと気が済まないほうですか？                    はい ・ いいえ

## 2. 朝の洗顔について教えてください。

- ・何で洗われますか？    石鹸 ・ 洗顔フォーム ・ 使わない  
その他（ ）
- ・流すときは？    お湯 ・ 水 ・ ぬるま湯
- ・洗顔の後、何を塗られますか？ 順番をご記入ください。使用しないものは×印  
化粧水（ ） ・ 乳液（ ） ・ 美容液（ ） ・ 保湿剤（ ）  
UVカット（ ） ・ 下地クリーム（ ）
- ・ステロイドを使う治療について  
必要があれば使うのは構わない ・ なるべく使わないで治療したい ・ 絶対使いたくない

以上です。ありがとうございました。