

赤井クリニック スキンケア
問診票

ID:

ふりがな:	
氏名:	生年月日: 年 月 日
年齢: 歳 性別 男 ・ 女	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定あり
郵便番号	住所:
携帯電話番号:() -	自宅電話番号:() -
職業:	e-mail:

下記の設問1~15までお答えください。

1. 本日はどのようなお悩みで来院されましたか？

しわ・たるみ しみ・そばかす 医療脱毛 いぼ・ほくろ 脱毛症(抜け毛)
美容外科相談 その他:()

2. それはいつからですか? _____年_____ヶ月_____日前から (_____才から)

3. 原因と思われることはありますか? はい() ・ いいえ

4. 他の病院で、現在の悩みに関する治療を受けたことがありますか? はい ・ いいえ

「はい」と答えた方へ 詳しい治療内容を記入してください。

出された薬: 例えば、抗生剤(塗り薬)、ビタミン剤(飲み薬)など具体的に

処置された内容: 例えば、ケミカルピーリング、イオン導入、フォトフェイシャルなど

5. 現在、他の病院に通院していますか? はい(_____科・病名: _____) ・ いいえ

6. 現在、服用している薬はありますか? はい(_____) ・ いいえ

7. 今まで体にあわなかった薬はありますか? はい(_____) ・ いいえ

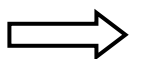
8. 今まで病気になったり手術をしたことがありますか? はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は下記の項目に○もしくは記入をお願いします

腎臓病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 高血圧 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 喘息
手術(_____) ・ その他(_____)

9. 喫煙はされますか? はい(_____本/日) ・ いいえ

設問の続きは裏にあります。裏面の記入もお願いします。



10. 排便について 毎日ある・2日に1回・3～5日に1回・1週間以上ない・便秘薬を使用している
11. 屋外でスポーツや仕事などはされますか? はい ・ いいえ
12. 睡眠時間はどのくらいですか? (時間/日)
13. 冷えはありますか? はい (手 ・ 足 ・ 全身) ・ いいえ
14. 女性の方へ
 生理周期はどのくらいですか? (日周期)
 生理痛はありますか? はい ・ いいえ
 生理前にニキビが悪化しますか? はい ・ いいえ
 現在、妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ
 妊娠を希望されていますか? はい ・ いいえ
 生理前に便秘になり、生理とともに軟便・下痢になりますか? はい ・ いいえ
15. 当院を何で知りましたか?
 ホームページ・看板・医師や知人からの紹介(紹介者名: _____)
 その他 ()

スキンケアに関して

現在使用しているスキンケア製品について当てはまるものに○をしてください。

クレンジング	ジェル ・ ローション ・ クリーム ・ ミルク ・ オイル ・ 拭き取りシート
洗顔料	固形 ・ クリーム ・ ジェル ・ パウダー ・ ピーリングソープ
化粧水	保湿用 ・ 美白用 ・ ニキビ肌用
保湿	乳液 ・ クリーム ・ 美容液 ・ ジェル ・ オイル
日焼け止め	使用してない ・ 日差しが強い時のみ ・ 毎日
日焼け止めのSPF	35未満 ・ 35以上 ・ 50
その他	

次に当てはまるものに○をしてください。

	洗顔料をしっかり泡立てている
	洗顔後、肌がつっぱる
	1日3回以上洗顔する
	毛穴をうめるような化粧をしている
	ファンデーションに使用するスポンジやブラシを週に1度も洗わない
	お化粧直しは1日3回以上している

*平均1ヶ月スキンケア(化粧品)にどのくらいかけていますか? ￥ _____