

## ◆問診票・診療申込書

ご記入日： 年 月 日

ふりがな	お名前	生年月日	西暦 年 月 日 ( ) 歳		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号		自宅				
ご住所	〒 -					
E-mail	@					
ご職業	学生・会社員・会社役員・医師・看護師・エステティシャン・接客業・自営業・アルバイト フリーター・主婦・無職・その他( )					

## ●カウンセリングを受けたい項目すべてに□を付けてください。

二重・目もと・まぶた プチ整形 しみ・そばかす・くすみ・肝斑・ほくろ たるみ・シワ・ほうれい線 小顔・顔痩せ  
痩身・脂肪吸引・1日脂肪取り アゴ・フェイスライン 鼻 ニキビ・ニキビ跡・毛穴 ワキガ・多汗症 毛髪  
医療レーザー脱毛 肩こり・腰痛 婦人科形成 その他( )

当日の治療を希望されますか? 希望する カウンセリングによって考える

この用紙は、安全に治療を受けて頂くための大切な資料となります。プライバシーは厳守しますので、正確にご記入ください。

## ●現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

ない ある ※「ある」とお答えの方は、該当する項目に□を付け、治療中・治療期間・完治時期等もご記入ください。

皮フ	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 皮フ腫瘍 <input type="checkbox"/> 光線過敏症 <input type="checkbox"/> ケロイド体质 <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 傷			
目	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 網膜はく離 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> レーシック・ICL 等			
免疫	<input type="checkbox"/> リウマチ：金製剤の服用歴(□ない□ある) <input type="checkbox"/> こう原病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 免疫不全			
肺	<input type="checkbox"/> ぜんそく(小児／アスピリン／気管支／不明) <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腫瘍			
脳	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳こうそく <input type="checkbox"/> けいれん	心臓	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋こうそく	
生活習慣病	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 中性脂肪	ホルモン	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 更年期障害	
血管や血液	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 血小板異常	消化管	<input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	
肝臓や腎臓	<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 腎不全	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 乳腺の病気	
心や神経	<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> パニック障害	その他	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細： )	
上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。				
治療中・治療期間・完治時期等				

## ●あなたご自身についてお尋ねします

※「ある」もしくは「はい」とお答えの項目については、詳細等もご記入ください。

最近使用した、あるいは現在使用中のお薬(ピル、イソトレチノイン、内服・外用)はありますか？ 薬名( ) <input type="checkbox"/> 不明) ※あれば医師に申告又は、処方箋かお薬手帳をご提示ください。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
アレルギーはありますか？ □薬(薬名： □クルミ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> ラテックスゴム <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
美容クリニックや美容皮膚科等で、処置や施術を受けたことがありますか？ □目 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> ボトックス <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 <input type="checkbox"/> プロテーゼ <input type="checkbox"/> たるみ・リフトアップ <input type="checkbox"/> 金の糸 <input type="checkbox"/> 脂肪吸引 □シミ・肝斑 <input type="checkbox"/> ニキビ・ニキビ跡・毛穴 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> ホクロ・いぼ <input type="checkbox"/> ピーリング <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
処置・施術の方法や詳細(レーザー種類等( ) <input type="checkbox"/> 不明) 最後に受けた時期( )	<input type="checkbox"/> 不明)
1ヶ月以内に剥離(ピーリング)作用のある薬やコスメ等は使用されましたか？ □トレチノイン <input type="checkbox"/> ディフェリンゲル <input type="checkbox"/> ベビオゲル <input type="checkbox"/> デュアックゲル <input type="checkbox"/> エピデュオゲル <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
1ヶ月以内に日焼けをした、もしくは海・山・ゴルフ・テニス・海外旅行など日焼けの予定はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
プレーントースター、除細動器、人工内耳、金属、ボルトは入っていますか？ 部位( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
アートメイクや入れ墨をしたことがありますか？ 部位( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
点滴をされて気分が悪くなっていますか？ 時期( ) 状況等( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
今後献血の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
手術や出産時に輸血をしたことがありますか？ 時期( ) 手術名( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
輸血後や入れ墨後に血液検査を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 検査異常なし <input type="checkbox"/> 検査異常あり(詳細： )	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

## ●女性の方へ、当てはまるもの全てに□をお付けください。

妊娠中( )ヶ月 妊娠の可能性あり 妊活中 過去に授乳経験あり 特になし

問診票のご記入ありがとうございました。安全に治療を受けていただくため、問診票のご記入は1年ごとにお願いしております。  
1年以内でも変化があった場合は、都度ご申告いただきますようお願いいたします。

## ●ダイレクトメールの受取りについて、当てはまるものに□をお付けください。

プライバシーポリシーに基づき、お得なダイレクトメールをお送りする場合がございます。

ダイレクトメールについて 郵送・アプリどちらでも受け取り可 アプリのみで受け取り可(郵送での受け取り不可)

プライバシーポリシー



※プライバシーに配慮し、差出人「医療法人社団 翔友会」で郵送