

◆問診票・診療申込書

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日 () 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		電話番号	自宅 携帯					
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 ☐ブチ整形 ☐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。

皮膚	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 皮膚腫瘍 <input type="checkbox"/> 光線過敏症 <input type="checkbox"/> ケロイド体質 <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 (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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 (ビル、イソトレチノイン、内服・外用) はありますか？ 薬名 () ※不明) ※あれば医師に申告又は、処方箋や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？ <input type="checkbox"/> 薬 (薬名：) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 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"/> 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？ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 処置・施術の方法や詳細 () <input type="checkbox"/> 不明) レーザー種類等 () <input type="checkbox"/> 不明) 最後に受けた時期 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
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？ <input type="checkbox"/> トレチノイン <input type="checkbox"/> ディフェリンゲル <input type="checkbox"/> ベピオゲル <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
プレート、ペースメーカー、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たことがありますか？ 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 ☐授乳中 ☐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年ごとを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)

※プライバシーに配慮し、差出人「医療法人社団 翔友会」で郵送

