AOHAL CLINIC
KEYAKIZAKA TOKYO

問診票

皮膚科

ID：　　来院日：　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ			性別
氏　名			男　・　女
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	血液型：　　型	身長：　　cm
住　所	〒 都 道 府 県		
連絡先	※災害等で臨時休診となる場合にご連絡させていただくことがございます。必ずご連絡のつく電話番号またはメールアドレスをご記入ください。		
	自宅　（　　）　　－	携帯	（　　）　　－
	E-Mail　　@		
	※「.(ドット)」が2つ以上続く場合や「@」マーク前が「.(ドット)」のメールアドレスは仕様上、登録出来かねますのでご了承ください。		
ご職業		※あてはまるものに〇をお願いします会社経営　役員　管理職　営業　販売職　事務職 サービス業　研究職　技術職　現業職（力仕事・作業員など）その他（　　）	
未既婚	未婚　・　既婚	子供　　人	家族環境　親と同居 ・ 家族と同居 ・ 一人暮らし ・ その他
病歴など	高血圧　・　糖尿病　・　高脂血症　・　腎疾患　・　肝疾患　・　ウイルス性肝炎 甲状腺疾患　・　膠原病　・　脳血管疾患　・　心臓病　・　血栓症　・　ケロイド体質 癌　（　　）・　ペースメーカーをつけている　・　その他（　　）		
現在受けている治療	無　・　有　＞詳細　：		
不調など	頭痛　・　貧血　・　腰痛　・　不眠　・　低血圧・　目の疲れ　・　冷え症　・　疲れやすい　・　ストレス その他（		
現在使用中の薬 サプリメント	内服薬名：		
	外用薬名：		
	サプリメント名：		
妊娠もしくは妊娠の可能性	無　・　有　（　　週目　）　・ 授乳中　・　その他：		
生理周期	一定　・　やや不定期　・　不定期（最終生理日：　　／　　～　　／　　）・　閉経		
生理痛	無　・　有　（薬の服用　：　無　・　有　）	感染症	無　・　有　（薬の服用　：　無　・　有　）
アレルギー	無　・　有	花粉症　・　ハウスダスト　・　ダニ　・　金属　・　食物（　　） 喘息　・　アトピー　・　蕁麻疹　・　アレルギー性鼻炎　・　医薬品（　　） 麻酔（血圧低下　・　悪心　・　嘔吐　・　吐き気　）・　その他（　　）	
睡眠	時間／日［　睡眠の状態：　寝付きが悪い　・　何度も起きる　・　熟睡　・　その他（　　）］		
食事	好き（　　）　嫌い（　　）		
運動	無　・　有　　回／週　（運動の種類：　　）		
飲酒	無　・　有　　回／週　（お酒の種類：　　）		
喫煙	無　・　有　　本／日　喫煙歴：　　年　・　過去に吸っていた（　　年前）		
便通	良好　・　便秘しやすい　・　下痢しやすい　・　その他（　　）		

※裏面もご記入ください。

□ 美容皮膚科

◆ どのようなお悩みですか？

お悩みの順に①②③･･･と番号を記入してください（複数回答可）

（　）シミ　（　）シワ　（　）たるみ　（　）ほくろ　（　）イボ　（　）クマ　（　）くすみ

（　）ニキビ　（　）毛穴　（　）赤ら顔　（　）乾燥肌　（　）肌荒れ　（　）ムダ毛　（　）二重あご

（　）エラ張り（　）多汗症　（　）ダイエット　（　）冷え性　（　）薄毛　（　）その他（　　）

◆今まで受けたことのある治療をご記入ください。（例：3年前に眉間のボトックス１回）

[　　]

施術を受けられた美容クリニック：

当院を選んでくださった理由：

その他、何かお伝えしたい事がありましたらご記入ください。（例：1ヶ月前から背中のニキビ，5年前から手の甲のシミなど）

◆ ご使用中の化粧品についてメーカー・アイテム名など、わかる範囲でお答えください

種類	メーカー名	アイテム名	使用頻度	種類	メーカー名	アイテム名	使用頻度
クレンジング			回/日	美容液			回/日
洗顔			回/日	クリーム			回/日
化粧水			回/日	日焼け止め	SPF PA		回/日
乳液			回/日	その他 スペシャルケア			回/日

◆ 化粧品でのトラブル（肌あれ・アレルギー等）のご経験はありますか？　□はい　□いいえ

具体的な症状：

◆ご興味のある施術全てに✓してください。（施術名がわからない場合は空欄で構いません）

- □ シミとりレーザー
- □ 炭酸ガスレーザー
- □ ボトックス注射
- □ ヒアルロン酸注入
- □ スレッドリフト
- □ レーザーフェイシャル
- □ ケミカルピーリング
- □ フォトフェイシャル
- □ エクセルフェイシャル
- □ 超音波導入・イオン導入
- □ 幹細胞上清エキス治療
- □ ダーマペン
- □ 水光注射

その他具体的に：

□ 保険診療

◆ どのような症状ですか？（いつ頃からか?など出来るだけ詳しくお書きください）

◆ 上記の症状で他の医療機関に通院中ですか？　□はい　□いいえ

□ 当院をどのような方法でお知りになりましたか？ **該当するものすべてに✓をつけて下さい。**

- □ すでにLINEを登録している
- □ ネット検索をした （検索ワード：　　）
- □ 広告をみた
- □ メディアを見た （雑誌・テレビ・ブログなど　　）
- □ ご紹介者（　　様）
- □ その他 （　　）