ぎなん皮ふ科クリニック
Ginan Skin Clinic
〒501-6002 岐阜県羽島郡岐南町三宅8-137　ぎなんメディカルスクエア内 A区画
よいひふ
058-259-4112
皮膚科 | 小児皮膚科 | アレルギー科 | 美容皮膚科

問診票(美容皮膚科)

ふりがな 氏名	様	性別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和　年　月　日 (　歳)
住所	〒　-			電話番号	自宅 (　) 携帯 (　)

❶現在のお悩みやご相談をご記入ください。
(　)

❷上記ご記入頂いた症状で今までに治療や美容施術受けられたことはありますか？
はい ・ いいえ
⇒「はい」とお答えいただいた方はご記入下さい
いつ頃(　)・回数(　回)・どこで(　)
治療/施術内容(　)

❸ご希望施術や興味のある施術はありますか？
施術名(　) 施術希望部位(　)

❹どのくらいの間隔で治療に通えますか？
2～3週間に1回 ・ 1ヵ月に1回 ・ 2～3か月に1回 ・ 半年に1回

❺ダウンタイムのある施術は可能ですか？
はい ・ いいえ ・ 相談して決めたい

❻現在治療中の病気があればご記入下さい。　病名(　)

❼内服・外用中の薬があればご記入下さい。　薬名(　)
※ビタミン剤やピルなども含む

❽以下に該当するものがあれば〇で囲んで下さい。またアレルギーがあればご記入下さい。
ぜんそく ・ 光過敏症 ・ ケロイド体質
アレルギー　食物(　)金属(　)薬剤(　)その他(　)

❾女性の方で該当する方のみご記入下さい。
妊活中 ・ 妊娠中(妊娠　ヶ月　出産予定日　月　日) ・ 授乳中

❿今後大事なご予定(結婚式・ご旅行・同窓会など)は、ありますか？
はい (予定日　月　日　内容　)・ いいえ

⓫普段のスキンケアで以下のものを使用している、または使用していたものがあれば〇で囲んで下さい。
ハイドロキノン ・ レチノール ・ ピーリング系のスキンケア用品や外用薬 ・ ゼオスキン
ガウディスキン ・ エンビロン ・ リビジョン ・ その他(　)

⓬その他ご要望があればご記入下さい。
(　)

✿ご協力ありがとうございました✿