Vビーム　問診表

令和　　年　　月　　日

フリガナ		男 女	生年月日	大•昭•平•令　　年　　月　　日 （　　歳）		
氏名						
保護者名	※未成年の方は必ずご記入ください。	続柄		職業		
住所	〒					
電話番号	（自宅）　　（携帯）					

1.気になる症状・部分に〇を付けてください。

赤ら顔　　ニキビ　　ニキビ跡　　シミ
しわ・ハリ（リジュビネーション）

2.他の病院・エステサロン等で過去もしくは現在施術をしたことがありますか？

いいえ　・　はい

脱毛　レーザー治療　ヒアルロン酸注入　ボトックス　金の糸
シリコン　金属プレート　アートメイク　その他（　　）

3.今までに下記の疾患にかかったことはありますか？

高血圧症　心疾患　糖尿病　肝臓病　腎臓病　膠原病　悪性腫瘍　喘息
アトピー性皮膚炎　蕁麻疹　光線過敏症（紫外線・日光）　ヘルペス　ケロイド体質
てんかん　その他（　　）

4.現在お薬を飲んでいますか？（ピルやサプリメントも含む）

いいえ　・　はい　（薬剤名　　）

5.お薬や食物のアレルギーはありますか？

いいえ　・　はい　（　　）

6.＜女性の方へ＞　現在妊娠されていますか？　いいえ　・　はい　（　週）

現在授乳中ですか？　いいえ　・　はい

7.施術の２週間以内（シミは２ヵ月以内）に長時間日焼けをするご予定はありますか？　いいえ・はい

8.当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ　知人の紹介　家族の紹介　通りがかり　その他（　　）

9.気になることや質問がありましたらご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。

藤田皮膚科医院