

皮膚科初診 問診票

予約時間 _____ :

診察券No. _____

【個人情報の取り扱い】

ご提供頂いた個人情報は、（個人情報の取り扱いに関する重要事項）に基づき取り扱いします。

この用紙はご記入後に電子情報として保存致します。原本は破棄致します。

【カウンセリング方針】

- ・お客様のご希望を丁寧に伺い、お客様の立場にあったカウンセリングを行います。
- ・お客様からご希望があっても、適応がない場合や、不要な場合は施術をお勧め致しません。
- ・安全に施術ができないと判断した場合、施術への協力が得られない場合、意思疎通を図るのが難しい場合、他のお客様にご迷惑になると判断した場合には施術をお断り、または中断する事があります。

個人情報の取り扱い内容にご同意した上で個人情報を提供します。

| | | | |
|------|---|------|------------------------------|
| お名前 | ふりがな _____ | | |
| ご住所 | 〒 _____ 都・道 府・県 | | |
| 血液型 | A ・ B ・ O ・ A B | 生年月日 | T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 （ 才 ） |
| 電話番号 | (携帯) ☎ _____ | アドレス | @ |
| 職業 | 会社員・会社役員・会社経営・公務員・医療従事者・サービス業・自営業・芸能関係 専業主婦（主夫）・学生・フリーター・無職・その他（ _____ ） | | |

《当院を知って頂いたきっかけを下記の中からおひとつ教えて下さい。》

【紹介】 ご紹介者様のお名前（ _____ ）

ご紹介者様の診察券No.（ _____ ）

【クリニックからの紹介】 あいちビューティークリニック・他院（ _____ ）

【web】 Google・Yahoo!・当院公式 HP（PC・スマホ）・E-PARK・病院なび
トリビュー・口コミ広場・ホットペッパー

【公式 SNS】 Instagram・X（旧 Twitter）・Facebook・TikTok・YouTube・LINE@

【横山院長 SNS】 Instagram・X（旧 Twitter）・ブログ

【吉田先生 SNS】 Instagram・X（旧 Twitter）・ブログ

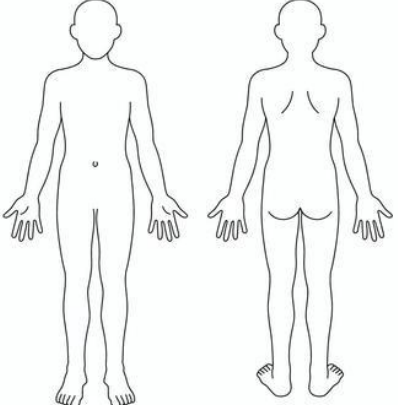
【野原先生 SNS】 Instagram・X（旧 Twitter）

【その他】（ _____ ）

裏面もご記入下さい

安全に治療を受けて頂く為に、正確にご記入をお願い致します。

既往歴・現病歴・使用中、服用中のお薬について、妊娠・出産・授乳について、アレルギー
その他お体で心配な事について事前の申告がない場合、当院では一切の責任を負いかねます。

| | |
|---|---|
| <p>① 本日の診察希望内容を教えて下さい。 <u>下記に症状をご記入下さい。</u></p> <p>●いつ頃から</p> <p>●症状</p> <p>●【お顔に症状がある方】 お肌状態は（メイクあり・なし・日焼け止め） ※お肌の診察希望の方はノーメイクの方のみとなります</p> | <p>●下記の図に症状がある箇所を○つけて下さい。</p>  |
| <p>② 本日の診察内容は今までに他院や薬局などのお薬を用いて治療歴はありますか？ （いいえ・はい）</p> <p>薬剤名は必ずご記入下さい。 不明の場合は、ご自身で予め他院の治療歴をお聞き頂くか、インターネット等でお調べ下さい ※お薬手帳をご持参の方は受付スタッフにお預け下さい。</p> | <p>内服薬（市販・処方薬）（最終 年 月）</p> <p>外用薬（市販・処方薬）（最終 年 月）</p> <p>その他治療</p> |
| <p>③ 他院での処方薬と同じ処方薬を希望しますか？</p> | <p><input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>別の処方薬を希望する</p> |
| <p>④ 右記に当てはまりますか？ （いいえ・はい）</p> | <p>妊娠中・妊娠の可能性がある・授乳中 3ヶ月以内に（出産・中絶・流産）をした。</p> |
| <p>⑤ 既往歴・ご病気による手術歴 治療中のご病気はありますか？ （いいえ・はい）</p> | <p>心臓病・糖尿病・腎疾患・肝疾患・喘息・悪性腫瘍 精神疾患・高血圧・てんかん・ケロイド体質・光過敏症 その他（ ）</p> |
| <p>⑥ 服用中のお薬・ピルの服用はありますか？ （いいえ・はい）</p> | <p>薬剤名 休薬（可・不可）</p> |
| <p>⑦ アレルギーはありますか？ （いいえ・はい）</p> | <p>内容</p> |
| <p>⑧ 治療についてご希望を教えてください</p> | <p><input type="checkbox"/>保険自費に関わらず自分に合った最高の治療がしたい <input type="checkbox"/>保険診療で限界があれば自費診療も説明が聞きたい <input type="checkbox"/>保険診療のみで治療をしたい</p> |

【ご記入ありがとうございました。受付スタッフにお渡し下さい】