

# 問 診 票

ふりがな 氏名	様	生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)
住所 〒 —		連絡先(日中連絡がつく電話番号)

以下の質問にお答えください(当てはまる項目に○、必要事項を記入してください)

**1 現在、気になる症状はどれですか？**

しみ・肝斑・しわ・たるみ・ニキビあと・毛穴・くすみ  
その他( )

**2 興味のある美容メニューはありますか？**

ゼオスキン・HIFU(ハイフ)・ピーリング・シミ取り・脱毛・ポトックス  
美容注射(プラセンタ注射・にんにく注射・白玉注射・ビタミン注射・その他 )

**3 現在のスキンケアの内容(敏感肌用・美白用、メーカー名など)について教えてください。**

クレンジング(オイル・クリーム・ジェル・ミルク・拭き取り・その他 )  
洗顔(1日 回、固形石鹸・泡洗顔・スクラブ洗顔・拭き取りシート・その他 )

- ◆化粧水( )
- ◆乳液( )
- ◆美容液( )
- ◆クリーム( )
- ◆日焼け止め( )
- ◆サプリメント( )
- ◆その他( )

**4 アレルギーはありますか？**

はい 薬剤( )・食品( )  
いいえ

**5 これまでに、美容皮膚科やエステサロンで施術を受けたことがありますか？**

施術メニューの選択や効果に影響することがありますので必ずご記入ください。

はい (いつ頃: )  
(内容: )

いいえ

**6 これまでに美容皮膚科やエステサロンの施術で副作用が出たことはありますか？**

はい (いつ頃: )  
(内容: )

いいえ

**7 妊娠や授乳はされていますか？**

妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中 ・ いずれも当てはまらない

**8 現在、治療中の病気や飲み薬、塗り薬はありますか？**

はい(診断名 薬 )

いいえ

※②でゼオスキンを選択された方におたずねします

**9 当院でゼオスキン商品の扱いがあることを何でお知りになりましたか？**

かかりつけ・当院ホームページ・ゼオスキンホームページ・当院ポスター  
ご紹介( 様) ・ その他( )

**10 これまでにゼオスキン商品を使ったことはありますか？**

はい (商品名: )

いいえ

**11 これまでに、ハイドロキノンやトレチノインを含む商品を使ったことはありますか？**

はい(商品名 )

いいえ

**12 ゼオスキンについて、コースの希望はありますか？**

ベーシックコース ・ マイルドコース ・ セラピューティック

まずは説明を聞きたい ・ コースを相談して決めたい