

## 美容皮膚科問診票

当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。このことにより、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関となっております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_主な居住地\_\_\_\_\_

現在ご自身の治療中の病気と治療内容\_\_\_\_\_

本日整容的な問題で相談したい皮膚・髪・爪等の内容

そのために使用している内服薬・外用剤・施術等の治療内容\_\_\_\_\_

- 普段、洗浄・保湿・遮光に心がけ、乾燥かゆみ等美容的な問題以外のトラブルはない
- 喫煙歴なし(喫煙歴\_\_\_\_\_年)  妊娠・授乳中
- 週\_\_\_\_\_回定期的に運動している  睡眠不足はない  3食バランスよく摂取できている
- BMI\_\_\_\_\_ (体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m) (普通18.5~25)
- 当院ホームページ治療内容の\_\_\_\_\_をやってみたい。
- エイジングケア機能性化粧品  
( ヒト臍帯血幹細胞順化培養液配合美容液  抗酸化物質レチノール  ビタミンC  
 ノンハイドロキノン透明ケア  フラーレン  トラネキサム酸等) でお肌の改善維持希望
- ゼオスキンヘルスケア化粧品での健やかで美しい肌を維持する治療希望
- Qスイッチ付きルビーレーザーでのシミ取り治療希望
- 育毛剤・毛髪サプリメントパンフレット希望
- ピーリング・イオン導入処置希望
- 洗浄剤・保湿剤・遮光剤の  相談希望  サンプル希望  パンフレット希望

使用する製品(内服・外用・洗浄剤等)施術により皮膚に期待しないトラブルを起こす可能性があります。  
十分説明を受けて同意の上で行います。

年 月 日 氏名\_\_\_\_\_