



美容皮膚科 問診票

- ◆今までにエステやクリニック・病院での美容施術等を、行ったことがありますか
いいえ・はい
(いつ頃；)
(どのような施術；)
- ◆現在、美容目的で、病院またはエステへ通われていますか？
いいえ・はい ()
- ◆現在のお悩みの順位を1～5でご記入ください。
シ ミ () シ ワ () たるみ () くすみ ()
赤ら顔 () ニキビ () ニキビ痕 () 乾 燥 ()
敏 感 () ホクロ () 毛穴の黒ずみ () 毛穴の開き
()
その他 ()
- ◆現在のスキンケアの商品名をご記入ください
(商品名が不明の場合、メーカーでも結構です)
- ◆過去に化粧品で肌トラブルはありましたか？
い い え . は い
()
- ◆日頃、紫外線に当たる機会が多いですか？
多 い ・ 少 ない
- ◆日頃、日焼け止めは塗られていますか？
いいえ ・ は い (SPF)
- ◆当院をご存じになったきっかけを教えてください。
・インターネット ・雑誌 ・新聞 ・友人の紹介 ・以前から知っている

ご協力ありがとうございました。