

## ねもと皮膚科 美容問診票

ふりがな	生年月日 昭・平・令 年 月 日
お名前	( ) 才
	性別 男 ・ 女
住所 (※初めての方と変更ある方のみご記入下さい) 〒 ー	
電話番号 ご自宅： ( ) 携帯： ( )	

自費診療によるご相談、施術を受けられる場合、

受診日 令和 年 月 日

初診料 3,300 円 (初回)・再診料 2,200 円 (2 回目以降)

が別途かかります。

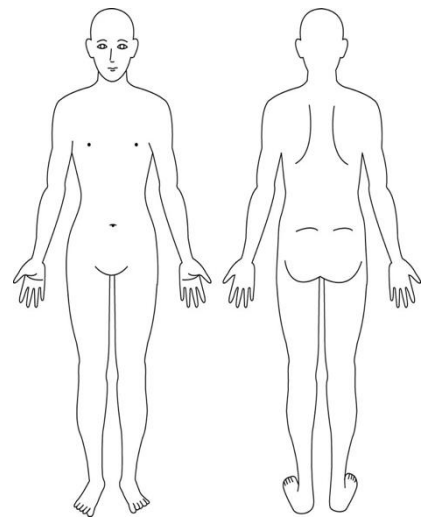
1. どのような症状に対して診察をご希望ですか？

- しみ      そばかす      しわ      ニキビ  
ニキビ痕      くすみ      毛穴      赤ら顔  
たるみ      ホクロ      多汗症      巻き爪  
薄毛・脱毛症      ピアス  
その他 ( )



2. ご希望の施術はどちらになりますか？

- ピーリング (乳酸・グリコール酸・ミラノ) (顔・背中・腕)  
イオン導入      ジェネシス      ライムライト  
インディバ (顔・体)      スクライバー      ウォーターピーリング  
エレクトロポレーション      脱毛 (蓄熱式・YAG・IPL)  
ウルトラフォーマーⅢ      HIFU シャワー (顔・顔+首・目周り)  
エムスカルプト (腕・腹部・臀部)  
エクシリス (顔・首・体・フェムゾーン)      エクシライト (顔・体)  
注射 (ボトックス・ヒアルロン酸・にんにく・プラセンタ・水光・臍帯血)  
点滴 (高濃度ビタミン C・白玉・高濃度アルファリポ酸)  
ピアス・ピアストラブル      巻き爪矯正      爪ジェネシス  
AGA・FAGA 治療  
自費処方薬 (シナール・トランサミン・ユベラ・プラセンタ・ビタミン A)  
相談



3. 症状に対して、これまで治療を受けたことはありますか？

- はい      いつ頃 ( )      医療機関で      エステティックサロンで  
 どのような治療 ( )  
いいえ

4. 麻酔アレルギーはありますか？

はい いいえ

はい

高血圧 糖尿病 てんかん ウイルス性肝炎 AIDS その他感染症

その他病名 ( )

いいえ

6. 現在服用中のお薬はありますか？ \*お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

はい 薬品名 ( )

いいえ

7. 女性の方はお答えください。

妊娠中( 週 / ヶ月) 妊娠の可能性あり 妊娠していない 授乳中

8. 当院にご来院されたきっかけを教えてください。

知人の紹介 ( 様) ホームページ SNS

その他 ( )

