

問 診 票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
お名前						
ご住所	〒 -		メールアドレス	@		
電話番号	自宅:	-	身長	cm	体重	kg
	携帯:	-				

① 当てはまる症状に○印を付けて下さい。

湿疹 かゆみ 痛み 腫れ 赤み 虫刺され じんましん ヤケド 水虫
できもの ニキビ いぼ ホクロ その他 ()

② その症状はいつ頃からですか？

(日前 週間前 ケ月前 年前)

③ 体のどの部分ですか？

()

④ 思い当たる原因がわかりますか？

()

⑤ 現在他の医療機関に通院していますか？

いいえ・ はい 病院名 ()
病名 ()

⑥ 現在常用している薬はありますか？

ない・ ある 薬名 ()
※お薬手帳をお持ちでしたら出してください。

⑦ 今までにかかった病気があれば○印を付けて下さい。

ぜんそく 心臓病 肝臓病・肝炎 腎臓病 高血圧 糖尿病
胃・十二指腸潰瘍 膠原病 神経症 甲状腺

⑧ 次のようなアレルギー等の症状をおこしたことがありますか？あれば○印を付けてください。

ない・ ある
じんましん アレルギー性鼻炎 結膜炎(花粉症等) アトピー性皮膚炎
薬・食べ物・化粧品など ()

⑨ 今までに大きなケガをしたり、手術を受けたことがありますか？

ない・ ある (頃 の手術・ケガ)

⑩ 出血が止まりにくかったことがありますか？

ない・ ある

⑪ 現在妊娠中、もしくは授乳中ですか？

いいえ・ はい (ケ月)

⑫ お酒・たばこをのみますか？

いいえ・ はい (お酒: 日/週 たばこ 本/日)

当院受診のきっかけ ホームページ(インターネット) ・ 看板
家族、知人、他院 () 様からの紹介
ご記入ありがとうございました。

☆☆☆

保険診療外の治療をご希望される方は裏面もご記入ください。
レーザー脱毛、二重、ヒアルロン酸、ボトックスなど美容医療

☆☆☆

当院は診療情報を取得・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。
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します。

ひまりクリニック

**保険診療外の治療を希望される方はご記入ください
(美容・自費診療) シミ、しわ、脱毛、ヒアルロン酸、イボ、ボツリヌス注射、ハイフ、白玉点滴など**

相談内容

a. あてはまる項目を○で囲み、具体的な希望を下に記入してください。

目 鼻筋・小鼻 輪郭 (あご えら ほほ こめかみ)
しわ・たるみ (どの部分ですか?)
しみ・ほくろ (どの部分ですか?)
脂肪 (どの部分ですか?)
ピーリング わきが・多汗症 乳房・乳頭・乳輪 性器
薄毛 プラセンタ にんにく注射 点滴
その他 ()

どのようにしたいですか?

()

b. 今までに美容外科に関して手術や治療を受けたことがありますか?

- ・ない または電話相談のみ
- ・相談に行ったことはあるが施術は受けていない
- ・手術を受けたことがある

手術内容 ()
どこで () いつ頃 ()

c. 具体的に手術の日を考えていますか?

未定・ はい : いつ頃 ()

d. 施術に対して期待する気持はどれに近いでしょうか?

- ・自然な感じできれいになりたい
- ・かなり変わってもいいから出来るだけきれいになりたい

**e. 手術のことで特に気になる点は何ですか? 最も心配なことに◎、
その次に心配なことに○をつけて下さい**

- ・希望通りになるかどうか
- ・痛みの程度
- ・費用の事
- ・手術後の腫れや傷の程度や治療期間
- ・その他 ()

ひまりクリニック