

美容皮膚科・美容形成外科問診票

ID お名前 _____

日付 年 月 日

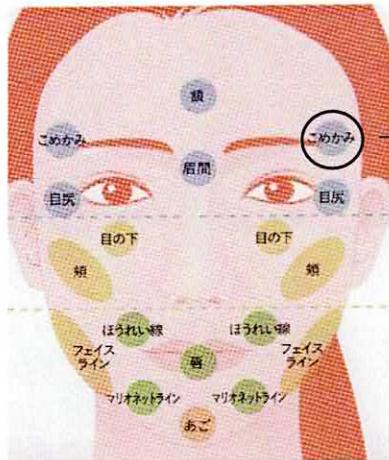
本日はすがも小林皮フ科にご来院頂き有難う御座います。当院では、美容皮膚科・美容形成外科の自費診療を行っております。肌のお悩みを把握しより良い治療を提供させて頂くため、下記の問診票へのご記入をお願いします。

◆気になるお悩み全てにチェックしてください。

シミ シワ ニキビ クマ くすみ 赤ら顔 乾燥肌 脂性肌 肌荒れ 毛穴 エラ張り
多汗症 ほくろ イボ ムダ毛 その他()

◆特に気になる部分を○で囲みその内容をご自由にお書きください。お顔に以外についてはその他にお願いします。

□顔



例) シワ

その他

例) 脱毛 足

◆ご興味のある施術全てにチェックしてください。(施術名がわからない場合は空欄で構いません)

IPL (フォトフェイシャル) ピーリング マッサージピール エレクトロポレーション(ケアシス)
イオン導入 医療レーザー脱毛 ダーマペン ヴェルベットスキン ハイフ ボトックス注射
ヒアルロン酸注入 CO₂(炭酸ガス)レーザー 美容形成外科手術

その他()

◆今まで受けたことのある施術・美容手術をご記入ください。(記入例: ○○病院で3年前眉間にアラガンのボトックス1回)

◆スキンケアについて教えてください。当てはまるものに○をして下さい。

・美容化粧品に興味がある ②合わない化粧品がある ③おすすめの化粧品について聞きたい
・現在のもので満足している。 ④その他()

◆化粧力ブレの経験はありますか?分かればその内容もお書きください。

なし・あり()

◆価格についての考え方をお聞かせください。当てはまるものに○をして下さい。

・価格は出来るだけおさえたい ②ある程度かかってしまうのはしょうがないと思う
・価格は気にせず、おすすめの施術をしたい ④その他()

◆今後、何か大事なご予定はありますか?(結婚式・成人式・同窓会など)

はい() 年 月 日() ④なし

※カウンセリング料 初診 2,200円(税込) 再診 1,100円(税込)

すがも小林皮フ科