

ふりがな	携帯TEL：
氏名 (男・女)	職業：
住所	
生年月日	大・昭・平・令 年(西暦) 月 日 (歳)

★いつ頃からどんな症状がありますか？ (いつから： 症状：)

★その症状に対して治療はされてきましたか？ はい・いいえ

☆はいに○の方(いつ頃、どこに、治療内容は)

・ 現在、病気や美容目的などで病院に通われていますか？ はい・いいえ

☆はいに○の方(病名など)

・ 現在、常用している薬剤、漢方、健康食品などがありますか？ はい・いいえ

☆はいに○の方(全てお書き下さい)

・ 薬や食物のアレルギーはありますか？ いいえ・はい()

・ 過去に、手術や入院など大きな疾患はありますか？ いいえ・はい()

・ 顔や体に金属類を入れていますか？(金の糸、ボルト、ペースメーカーなど※歯の治療によるものは除く)
いいえ・はい(理由：)

・ カラーリング、白髪染めはしますか？ はい・いいえ

☆はいに○の方 直近： 月 日頃 頻度： に1回 自宅・美容室で

・ 日頃、紫外線に当たる機会が多いですか？ 少ない・多い

※多いに○の方 理由(趣味、仕事など)：

・ 現在使用中のスキンケアについてお書きください。(メーカー、商品名など詳しく)

	朝	夜
クレンジング	使う・使わない	使う・使わない
洗顔	使う・使わない	使う・使わない
化粧水		
乳液		
その他		
日焼け止め	使う(SPF)・使わない	
メイクアイテム (下地、ファンデ等)	化粧しない	

・ 過去に化粧品トラブルはありましたか？ はい・いいえ

☆はいに○の方(いつ頃、種類など)：

・ 顔の脱毛はしていますか？ はい・いいえ

☆はいに○の方 直近： 月 日頃/エステ・病院・自宅/種類(光など)：

・ 顔の美容でエステ等に通われたことはありますか？ はい・いいえ

☆はいに○の方 直近： 月 日頃/場所：

・ 顔にタトゥー、アートメイクをしたことがありますか？ いいえ・はい(どこに)

・ 顔に美容整形をしている箇所はありますか？ いいえ・はい(どこに、術名など：)

・ 嗜好品は？ お酒 飲まない・飲む(週 回/種類、量)
タバコ 吸わない・吸う(1日 本)

★女性の方へ

・ 現在、妊娠・授乳はしていますか？ いいえ・はい(出産予定日)・授乳中

・ 出産経験はありますか？ いいえ・はい(直近 年前)

・ 生理は順調ですか？ はい・いいえ・なし