美容医療部問診票

記載日：　　年　　月　　日
記入者：＿＿＿＿＿＿＿＿関係：＿＿＿＿

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

□同意します　□同意しません

ご自分で受診を希望された方は、ご自身でご記入ください。ご家族がご相談を希望されている場合はご家族がご記入ください。

ID：＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿＿

1．受診のきっかけ　□知人の紹介　□医療機関からの紹介　□新聞・雑誌・テレビ　□インターネット

2．相談内容

□しみ (きっかけ：＿＿＿＿＿＿)　□そばかす　□肝斑　□しわ
□たるみ　□ニキビ　□ニキビ跡　□毛穴の開き　□毛細血管拡張　□ホクロ
□いぼ　□あざ　□傷跡　□脱毛　□刺青除去　□手術跡
□その他 (＿＿＿＿＿＿＿＿)

・部位に印をつけてください



・顔以外の部位

3．ご希望の治療方法がある場合はお書きください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4．他院で美容治療や手術を受けたことがありますか　□いいえ　□はい（下記に記載してください）
治療内容：＿＿＿＿＿＿　治療期間：＿＿＿＿＿＿　クリニック名：＿＿＿＿＿＿

5．今までのご病気や治療中のご病気がありますか　□いいえ　□はい (＿＿＿＿＿＿＿＿)
内服中の薬はありますか　□いいえ　□はい　(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)
主たる、かかりつけ調剤薬局　(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿☎＿＿＿＿＿＿＿＿)

6．手術や歯科の麻酔によって気分が悪くなったことはありますか　□いいえ　□はい

7．体質や肌のタイプについて該当するものに☑してください。

□傷や虫刺され跡がしみになりやすい　□傷跡がひきつったり盛り上がったりする（ケロイド体質）
□石鹸、化粧品、絆創膏、消毒液などでかぶれたことがある
□真夏の日中1時間の外出で肌は（□赤くなるが戻る　□赤くなり黒くなる　□赤くならず黒くなる）

8．日常の習慣について

□普段、日焼けする機会が多い　□いいえ　□はい（□スポーツ　□仕事　□その他(＿＿＿＿)）
□過去に良く日焼けをしていましたか　□いいえ　□はい（□スポーツ　□仕事　□その他(＿＿＿＿)）
□日焼け止めは使用しますか　□夏のみ使用　□通年使用　□使用していない
□喫煙をしますか　□いいえ　□はい

9．薬や食品などでアレルギーはありますか　□いいえ　□はい（下記に記入してください）
アレルギーの内容 (＿＿＿＿＿＿＿＿)　□症状 (＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

10. 女性の方へ　□現在妊娠中　□授乳中　□妊娠する可能性が高い　□ピル内服中

生活に関する情報のご記入をお願いいたします

1．介護保険は利用していますか?

□未申請　□申請中　□申請済（□要介護 1･2･3･4･5　□要支援 1･2　□非該当）

2．下記のご担当者の連絡先をご記入ください。

地域包括支援事業所 ＿＿＿＿ 事業所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

ケアマネージャー ＿＿＿＿ 事業所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

生活保護ケースワーカー ＿＿＿＿ 福祉事務所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

3．同居されている家族について教えてください。

□1人暮らし　□配偶者と2人暮らし　□他家族と同居（ 詳細：　　）

【主な生活支援者】　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

4．病状や治療についての説明は、どなたがお聞きになりますか?（複数可）

□自分

□自分以外　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

あなたのキーパーソンはどなたですか　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

5．今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6．今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください。

例）仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7．臓器提供意思表示カードをお持ちですか？(□はい　□いいえ)

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。