CP用(　　)　**問　診　表**　初診日

フリガナ	(　男・女　)　歳
お名前	生年月日(M. T. S. H)　年　月　日
〒　　ー	
ご住所	
自宅TEL	携帯TEL番号
(メールアドレス)	**(お忘れ物があったときなどの緊急の時の為にご記入下さい)**

①当院を何でお知りになりましたか？

a. ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　b. ぱど　c. ﾀｳﾝﾍﾟｰｼﾞ　d. 104案内　e. その他(　　)

f. 知人の紹介　　g. 医師の紹介　　病院

科　　先生

②下記の該当する項目(はい・いいえ)のいづれかに○印をつけて下さい。

1. 過去にケミカルピーリングの経験はありますか？
   A. はい　　B. いいえ

2. 1. で、「はい」と答えた方にお伺いします。
   ①それはどこで行いましたか？
   クリニック ・ エステサロン ・ その他(
   ②いつからいつまで行いましたか？何回くらい行いましたか？
   (期間:　　)(回数:　　回)
   ④ケミカルピーリングの種類は何でしたか？
   フルーツ酸(グリコール酸など) ・ その他(

3. 今までに、下記の病気にかかったことがありますか？
   A. はい(ヘルペス・やけど・その他皮膚疾患(　　)　B. いいえ

4. 現在、お薬を飲んでいますか？
   A. はい(薬名:　　) B. いいえ

5. 食べ物や飲み物で皮膚にじんましんや発疹ができたことがありますか？
   A. はい(具体的に:　　) B. いいえ

6. 注射や薬で、じんましんや気分が悪くなったことがありますか？
   A. はい(具体的に:　　) B. いいえ

7. なにかアレルギーがありますか？
   A. はい(具体的に:　　) B. いいえ

8. 敏感肌と言われたことがありますか？
   A. はい(具体的に:　　) B. いいえ

9. 最近、顔の毛剃り・脱毛、または手術をしましたか？
   A. はい(いつ頃:　　) B. いいえ

10. 女性のみお答え下さい。現在妊娠されていますか？
    A. はい　　B. いいえ

11. 女性のみお答え下さい。現在授乳中ですか？
    A. はい　　B. いいえ

(DDまっぷホームページより印刷)

しんおおさかクリニック