フリガナ		生年月日
氏名		大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日　　歳
住所	長崎市 西彼杵郡	
電話番号	携帯：	ご職業(差し支えなければ)
	自宅：	

1.　現在のお悩みは何ですか？〇を付けてください。

シミ　シワ　たるみ　ニキビ/吹き出物　ニキビ跡　毛穴の開き　毛穴の黒ずみ　乾燥
赤み　敏感　その他(　　)

2.お悩みはいつ頃からですか？

最近　半年未満　半年～1 年前から　1 年以上前から

3.肌質は以下のどれですか？

普通肌　乾燥肌　脂性肌　敏感肌　混合肌

4.受けてみたい治療が具体的に決まっていますか？

決まっていない　決まっている(　　)

5.現在、常用している薬剤、漢方、健康食品などはありますか？

ない　ある(　　)

6.現在のスキンケアで使用しているものに〇を付けてください。

朝：クレンジング　洗顔　化粧水　乳液　美容液　化粧下地　その他(　　)
夜：クレンジング　洗顔　化粧水　乳液　美容液　その他(　　)

7.アレルギーはありますか？

ない　ある(　　)

8.過去に化粧品トラブルはありましたか？

ない　ある(いつ頃：　　どのような：　　)

9.治療中の病気はありますか？

ない　ある(　　)

10.現在、妊娠中または授乳中ですか？

していない　妊娠中(　　ヶ月)　授乳中

11.生理は順調ですか？

順調　不順　なし

12.タバコは吸いますか？

吸わない　吸う(1 日約　　本)

13.食事のバランスはいかがですか？

良い　ふつう　悪い

14.日頃紫外線に当たる機会は多いですか？

少ない　日常生活程度　多い　以前は多かった

15.日頃から紫外線ケアを行っていますか？

紫外線ケア：気にしていない　気にしているが行っていない　気にしている
対策方法：日焼け止め/化粧下地　日傘　サングラス　長袖等の衣類　帽子　サプリメント

16.当院に来院されたきっかけは何ですか？

看板　ホームページ　近所　家族　知人　以前受診したことがある　紹介(　　)