

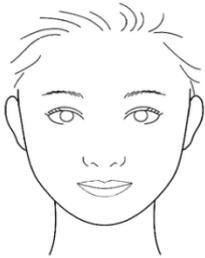
SKIN CLINIC -SUZUKI NAIKA

令和 年 月 日

お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生		
メールアドレス					
ご住所			電話		

・本日どのようなご相談でいらっしゃいましたか？（気になる箇所を下の絵に記入して下さい。）

<お悩み>



- しみ 肝斑 そばかす くすみ 毛穴 ニキビ ニキビ跡
ほくろ 眉間・目尻・額のしわ ほうれい線 たるみ

<治療>

- しみ取りレーザー 肝斑トーニング レーザーフェイシャル ボトックス注射
レーザー脱毛 クリニック専売化粧品 プラセンタ注射 美容の処方

※上の治療はすべて保険適用外の自費診療になります

・他の美容クリニックでの治療経験（ある・ない）

治療内容：

治療の効果：

・現在、治療中の疾患はありますか？

病名：

服薬中の薬：

・薬や食べ物にアレルギーはありますか？（ある・ない） → 具体的に：

・現在のスキンケアについて具体的にお書き下さい。（商品名など）

洗顔（ ） クレンジング（ ） 化粧水（ ）

乳液・クリーム・美容液（ ） 日焼け止め（ ）

ファンデーション（リキッド・パウダー： ） その他（ ）

・お肌のために気をつけていること（生活・食事・サプリメント・ケアなど....）

・肌タイプをお選び下さい（乾燥肌・オイリー肌・ニキビ肌・混合肌・敏感肌）

・生理について（ 日周期・不順）

生理中・生理前後のお肌の状態：

・タバコは吸いますか？（はい→ /日・いいえ） アルコール（飲む→ /日・飲まない）

・便通は毎日ありますか？（はい・いいえ）（ 日 回のペース）

・睡眠時間（平均的なもの）（ 時から 時）

・今後通院される場合のご希望の時間帯があれば、ご記入下さい

・すずき内科の自費診療について、何でお知りになりましたか？

知人： さんから・インターネット・ホームページ・当院からのメール案内

・下記に該当する場合はチェックを入れて下さい

妊娠中 妊娠希望 授乳中 リュウマチの方 金製剤の服薬歴のある方 日光過敏な方

顔に肌色や白色の入れ墨を入れている方 お顔に金の糸を入れている方 ケロイド体質の方

抗凝固剤（バイアスピリン・ワーファリン等）を服薬している方 出血性疾患をお持ちの方

ペースメーカーやポルト等体内に金属が入っている方 高血圧の方 高脂血症の方 膠原病の方

蕁麻疹の方 インプラント（シリコンなど）やヒアルロン酸注入を行った方

過去に化粧品にかぶれたことのある方

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出下さい。

※こちらの間診票の治療はすべて保険適用外の自費診療になります