

AOHAL CLINIC (アオハルクリニック) 問診表

共通

院内備考欄

記載日: 年 月 日

ID: _____

フリガナ					性別		
氏名					男	・	女
住所	〒 ー 都道府県						
TEL (ご自宅)	() ー	TEL (携帯)	() ー				
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	血液型		身長		cm	
Email	_____@_____						
ご職業							
職種	会社経営 役員 管理職 営業 販売職 サービス業 事務職 研究職 技術職 現業職(力仕事・作業員など) その他()						
未既婚	未婚 ・ 既婚				子供		人
家族環境	親と同居 ・ 一人暮らし ・ その他						
病歴など	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ ウイルス性肝炎 甲状腺疾患 ・ 膠原病 ・ 脳血管疾患 ・ 心臓病 ・ 血栓症 ・ ケロイド体質 癌 () ・ ペースメーカーをつけている ・ その他()						
現在受けている治療	無 ・ 有	(詳細 :)					
不調など	頭痛 ・ 貧血 ・ 腰痛 ・ 不眠 ・ 低血圧 ・ 目の疲れ ・ 冷え症 疲れやすい ・ ストレス ・ その他()						
現在使用中の薬・サプリメント・外用薬など	(外用薬名)						
	(内服薬名)						
	(サプリメント名)						
妊娠 もしくは妊娠の可能性 ※	無 ・ 有	(週目)					
生理周期 ※	一定 ・ やや不定期 ・ 不定期 (最終生理日: / ~ /) ・ 閉経						
生理痛 ※	無 ・ 有	(薬の服用 : 無 ・ 有)					
感染症	無 ・ 有	(薬の服用 : 無 ・ 有)					
アレルギー	無 ・ 有	花粉症 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ 食物(種類:) ・ 金属 喘息 ・ アトピー ・ 蕁麻疹 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 医薬品() 麻酔(血圧低下 ・ 悪心 ・ 嘔吐 ・ 吐き気) ・ その他()					
睡眠	(時間/日) (睡眠の状態 : 寝付きが悪い ・ 何度も起きる ・ 熟睡 ・ その他)						
食事	好き () 嫌い ()						
運動	無 ・ 有	(運動の種類:) (運動の頻度:)					回/週
飲酒	無 ・ 有	(お酒の種類:) (量)					回/週
喫煙	無 ・ 有	(量 本/、喫煙歴 年) ・ 過去に吸っていたが止めた					
便秘	良好 ・ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい						

※裏面もご記入ください。

① 現在ご使用中の化粧品について

メーカー・アイテム名など、わかる範囲でお答え下さい。また、使用頻度も併せてお答えください。

	メーカー名・アイテム名	使用頻度		メーカー名・アイテム名	使用頻度
☆ クレンジング		回/日	☆ 洗顔		回/日
☆ 化粧水		回/日	☆ 乳液		回/日
☆ 美容液		回/日	☆ クリーム		回/日
☆ 日焼け止め	SPF PA	回/日	☆ ファンデーション		回/日
☆ その他 ※スペシャルケア等※					

※スタッフが記入します

② 化粧品のトラブル(肌・アレルギー等)のご経験はありますか？ はい いいえ

PH:

※「はい」とお答えになった方のみ、ご記入下さい。

具体的な症状	化粧品のメーカー名 ・ アイテム名

③ 当院をどのような方法でお知りになりましたか？ 該当するものすべてに○をつけて下さい。

- ・六本木駅看板
- ・バスアナウンス (路線: 渋谷～六本木間 ・五反田～六本木間)
- ・電柱広告
- ・新聞折込チラシ (日経 ・ 読売 ・ 朝日 ・ 毎日 ・ 産経)
- ・チラシ (ポスト投函 ・ 街頭)
- ・雑誌 (雑誌名 :)
- ・アオハルクリニック インターネットホームページ
 検索エンジン : yahoo google msn その他web (具体的なサイト名:
 検索キーワード ()
 ネット系媒体: facebook ・ Youtube ・ アメーバーブログ
- ・ご自宅・職場が近所
- ・ご紹介 (お名前: 様)
- ・セミナー (院内 ・ 院外())
- ・その他 ()

ご記入ありがとうございました。