西荻窪ゆか皮ふ科問診票（自由診療）

令和　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	大・昭・平 ・令　年　月　日生（　　）歳	
お名前	様		ご職業	
ご住所	〒	携帯番号	（　　）	
		緊急連絡先	（　　）	

自費診察

本日の相談内容に〇をつけてください

プラセンタ注射 ・ 美肌注射 ・ 美容内服 ・ ピアス ・ 医療脱毛

シミ ・ 肝斑 ・ ピーリング ・ 美肌治療 ・ AGA（男性型脱毛症）

気になる部位に〇をつけて下さい。↓

当院の自費診療の診察料は以下の通りとなります。

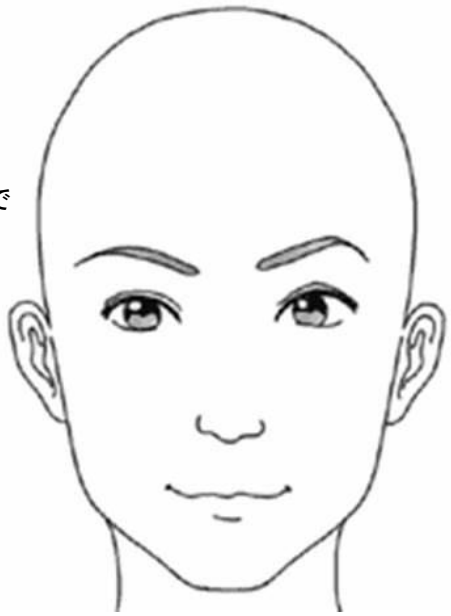
初診料　￥3300（税込み）　再診料　￥1100（税込み）

※当院で保険診療の受診歴のある方でも、自費診療を初めて受けられる場合は
初診料￥3300を頂戴いたします。

※施術・処方・化粧品購入等の料金とは別に診察料がかかります。

※保険診療と保険外診療の併用は原則として禁止されており、保険外診療の注射・施術・美容内服処方・AGA 内服処方は保険診療と同日には行えませんのでご了承ください。

※お顔の症状の場合は、ｸﾚﾝｼﾞﾝｸﾞ・ご洗顔後、肌診断機で撮影します。
メイク落とし等ご用意しておりますので、パウダールームをご利用ください。



(1)気になりだしたのはいつ頃ですか？

（　　）

(2)症状について以前に治療を受けたことがある場合は内容を教えてください。

ない　　ある（　　）

(3)現在治療中の病気はありますか？

ない　　ある（ B 型肝炎 ・ C 型肝炎 ・ HIV ・ その他→　　）

(4)現在飲んでいる薬や使っている塗り薬などはありますか？　　ない　　ある

（　　）

(5)薬や食物のアレルギーはありますか？　ない　　ある→（　　）

(6)授乳中、または妊娠の可能性はありますか？

授乳中　　妊娠中（　　ヶ月）　　不明　　いいえ

(7)当院を受診されたきっかけは？

□近所に在住 □チラシ □当クリニックホームページ □WEB・インターネット検索 □SNS □電柱広告

□家族・知人のご紹介（　　）□他医療機関からの紹介（病院名：　　）　□その他（　　）

※しみなどの美肌治療をご希望の方は、裏面【美容カウンセリングシート】もご記入をお願いします。

美容カウンセリングシート

■現在のお悩みについて

該当するものにチェックを入れてください

☐ しみ　☐ しわ　☐ たるみ　☐ ニキビ/ふきでもの
☐ ニキビ跡　☐ 毛穴の開き　☐ 毛穴の黒ずみ　☐ 赤み
☐ その他　（　　）

■いつ頃からそのお悩みがありますか？

（例：1か月前から、半年ほど前からなど）

■現在のスキンケアで使用しているものにチェックを入れてください

〈朝〉 ☐ クレンジング　☐ 洗顔　☐ 化粧水　☐ 乳液　☐ 美容液　☐クリーム
☐ 日焼け止め　☐その他 （　　）
〈夜〉 ☐ クレンジング　☐ 洗顔　☐ 化粧水　☐ 乳液　☐ 美容液　☐クリーム
☐ その他 （　　）

■紫外線対策について

（例：毎日 UV クリームを塗る、外出時のみ UV クリームを塗る、1日2回塗り直しをするなど）

■日頃紫外線を浴び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

■現在常用しているサプリメント

■今まで受けたことのある施術

（例：1年前にレーザー治療、半年前にケミカルピーリングなど）

■当院でやりたい施術　（通院できる頻度や予算などもあればご記入ください）