

美容医療 問診

令和 年 月 日

受診者氏名 (かかると)	ふりがな ----- 男・女	ご職業	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	歳	
現住所	(〒 -)		
電話番号	携帯 () -	自宅 () -	
緊急連絡先 (実家等)	氏名	続柄	住所
			電話

※1 マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※2 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ はい・いいえ

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

病名： _____ 病院： _____ お薬： _____

※3 今までに入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

年齢	病院	病名	治療内容

※4 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい・いいえ

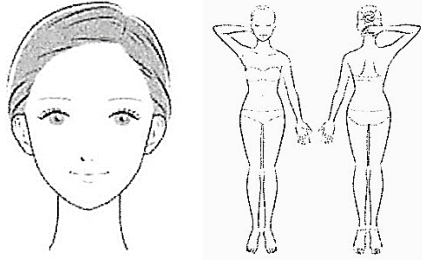
病院	指摘事項等

※5 アレルギーがでたことはありますか？ はい・いいえ

お薬： _____ 食べ物： _____ 金属： _____

→裏面へ続く

続き

1.今回ご希望の施術は何ですか？ 当てはまる施術とお悩み箇所 (右の絵)に○をつけて下さい。	脱毛 しみ治療 タイトニング ピーリング ピアス 日焼け止めサプリメント ほくろ・いぼ除去 その他〔 〕 
2.脱毛をご希望の方は、今までどのような処理をされてきましたか？ ○をつけてください。	剃る ・ 毛抜き（最後にした時期 日前） 脱毛クリーム ・ ワックス脱毛 ・ 家庭用脱毛器 サロンで永久脱毛（期間： ） ・ その他〔 〕
3.今まで何か美容医療を受けたことがありますか？ あれば○をつけて下さい。	脱毛 ・ しみ取りレーザー ・ タイトニング ピーリング ・ 糸リフト ・ ボトックス ハイフ ・ ヒアルロン酸 ・ ピアス その他〔 〕
4.過去の治療で副作用が生じたことはありますか？	あり ・ なし ※「あり」の方は以下に症状もご記入下さい。 -----
5.今回希望の施術以外に興味があるものはありますか？	あり ・ なし ※「あり」の方は以下からお選び下さい。 ----- 脱毛 しみ治療 タイトニング ピーリング ピアス 日焼け止めサプリメント ほくろ・いぼの除去 その他〔 〕
6.既往歴はありますか？ あれば○をつけて下さい。	ケロイド体質 ・ がん ・ 心臓病 ・ 糖尿病 脳梗塞 ・ エイズ感染（HIV・キャリア） アトピー性皮膚炎 ・ その他〔 〕
7.（女性のみ） 現在妊娠・授乳中ですか？	はい ・ いいえ
8.その他、気になることがありましたら右にご記入ください。	
9.当病院の美容医療をお知りになったきっかけは何ですか？ 近所に在住 ・ ホームページ ・ 院内広告 ・ 知人の紹介 ・ 家族の紹介 その他〔 〕	

社会医療法人 いち樹会 尾中病院

【インフォームドコンセント】

ケミカルピーリング（以下CP）は、「皮膚に関わる全てのことを治癒させる」治療法ではありません。しかしながら、特定の皮膚症状に対してCPは著明な外観上の改善が期待できます。CPによりどのような効果が期待できるかまた期待できないかを予め知るとともに、CPに関連する潜在的な危険性を予め確認しておくことが大切です。

CP 施術を受ける前に、以下の事項を熟読し確認してください。
読み終わりましたら□をチェックしてください。

- わたしは、担当医師及びそのスタッフからCPについての詳しい説明を受けました。
- わたしは、CPは皮膚の回復を促すものであり、より効果的な結果を得るためには担当医師の方針に従ってCPを受けなければならないことを理解しました。
- わたしは、CPを受けるにあたり以下のことが起こりうることを理解しました。
- ・不快感 ⇒ 通常短時間で治まる。
 - ・腫脹 ⇒ 数時間から2～3日で消失する。
 - ・発赤 ⇒ 数日持続することがある。
 - ・境界の明確化 ⇒ 治療域の内外の皮膚色、肌のきめ等に違いが生じることがある。
 - ・皮膚の鮮明化 ⇒ ほくろ、毛細血管、そばかす、シミはCPで表面の層が剥離されるため鮮明化されることがある。
 - ・眼障害 ⇒ 化学薬品が目に入ったりすると眼障害を起こす可能性がある。
 - ・瘢痕形成 ⇒ まれにはあるが、たまにおきることがある。
 - ・色素沈着 ⇒ きわめてまれではあるが、一時的あるいは恒久的な色素沈着がおきることがある。
 - ・感染 ⇒ きわめてまれにヘルペスがおきる。
 - ・その他 ⇒ 何かのトラブルが発生した結果、外科的手術、入院加療、休職、費用負担を余儀なくされることがある。
- ※ トラブルが現れた場合速やかにクリニックに知らせてください。
早期に適切な処置をすることでトラブルを最小限に抑えることが可能です。
- ※ 上記リストはCPにより起こりえるトラブルを全て提示することを目的としたものではありません。
- わたしは、CPは医師及び医師の監督のもとで十分な技術指導を受けたスタッフによって行われることを理解しています。
- わたしは、最善の結果を得るために日常のスキンケアにおいても医師の指導に従う必要があることを理解しています。

わたしは、この書類に述べられている全てのことを熟読し、担当の医師から詳しく説明を受け、十分に理解致しました。

年 月 日 患者氏名 _____ ㊞
【未成年の方の場合】
親権者（保護者）氏名 _____ ㊞ （続柄 _____）連絡先 ㊞
住所 〒 _____

この書類に記された全てのことを、患者が完全に理解できるように詳しく説明し、またCPに関する全ての質問に的確に回答致しました。

年 月 日 担当医師 _____ ㊞