

使用中の日用品に関する問診票

平成 年 月 日

お名前 年齢 才 男 ・ 女

ご職業

現在使用中の日用品についてお伺いいたします。

	品名	メーカー
シャンプー		
リンス		
トリートメント		
体に使うせっけんなど		
洗顔料		
クレンジング		
化粧水		
乳液		
クリーム		
日焼け止め		
化粧下地		
ファンデーション		
アイシャドウ		
ほお紅		
口紅		
マスカラ		
その他 顔に使用しているもの		
その他 体に使用しているもの		
その他 髪に使用しているもの		

ビューラーは使用していますか？ いいえ ・ はい

趣味は何ですか？ ()

摂取している健康食品があれば、教えてください。 ()

ありがとうございました。次回、来院のときに、受付にお渡しください。

赤磐皮膚科形成外科 TEL 086(956)4112

診察時間：9:00~12:00 15:00~18:00 休診：水曜・土曜午後・日曜・祝祭日