

# 使用中の日用品に関する問診票

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・ リップクリーム		
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