

初診診療録(肌)

2010-1月

20 年 月 日

-

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	オ	西暦 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯		携帯番号は必ずご記入ください	
		自宅電話			
E - mail	@	勤務先			

①肌の悩みは以下のものがあります。あなたの治療したい症状はどれですか。2つ以上ある方は治療優先順位を付けて下さい。

- () シミ(色素沈着) そばかす(雀卵斑)
- () くすみ、クマ、たるみ、 Photorejuvenation(美肌)(美顔)
- () シワ アンチエイジング(皮膚の若返り)
- () ニキビ痕の改善 (赤ニキビ、茶ニキビ)
- () 毛穴の開大の改善(毛孔開大)
- () 赤ら顔、毛細血管拡張症、赤鼻
- () ホクロ(黒子)
- () 大きなシワ、たるみ(お腹のシワ、タルミ、額の大きな深いシワ)
- () その他()

②他の病院、クリニック、エステで治療されたことがありますか？ (ない ある)

※ある方はご記入下さい。わからない方は記入不要です。

- 病院名 ()
- エステ名 ()
- 肌疾患の種類 ()
- 治療方法 ()
- 時期 ()

③今までに下記の病気をされた事がありますか？ ○をつけて下さい。

- 1 アトピー性皮膚炎 2 光線過敏症(紫外線、太陽光線) 3 肝炎
- 4 血液疾患(貧血、白血病 紫斑病 その他) 5 ジンマシン
- 6 その他アレルギー性疾患(気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 食物アレルギー その他) 7 HIV
- 8 その他の既往歴
 - ・ 高血圧症 ・ 心臓疾患 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 胃、腸の病気 ・ 肝臓病
 - 胃腸病 ・ 気管の病気 ・ 肺の病気 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳の病気 ・ その他()

現在服用している薬はありますか？ (ない ある)

※ ある方は、名前がわかれば記入して下さい。

お薬手帳をお持ちの方見せて下さい。その方は記入不要です。()

薬のアレルギーはありますか？ (ない ある) ※名前がわかればご記入下さい。

()

現在病気で通院していますか？（いいえ・はい）

()

⑦女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？（ない ある）

⑧最近日焼けをしましたか？（いいえ・はい）（1ヶ月以内 3ヶ月以内 6ヶ月以内 1年以内）

⑨当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介・雑誌等の記事・ビル案内・インターネット・その他（)

⑩スキントイプ 以下のどのタイプですか？

() 型：白人

() 型：日焼けをすると赤くなるめったに黒くならない

() 型：日焼けをすると時々赤くなる時々黒くなる

() 型：日焼をしてもめったに赤くならない だいたい黒くなる

() 型：日焼をしても赤くならない 絶対黒くなる

() 型：黒人

⑪以下の事項がある方は○を付けて下さい。

1 日焼けした皮膚、色素沈着の強い皮膚 () (ない ある)

2 皮膚炎（ケロイド、活動型にきび、アトピー症状の強い皮膚炎、創傷のある方、ヘルペス感染症 () (ない ある) (部位：)

3 治療部位にホクロ、刺青、アートメイク等は？ () (ない ある) (部位：)

4 以下の薬の使用歴はありますか。副作用の有無

ハイドロキノン () (ない・ある) トレチノイン () (ない・ある)

レチノール () (ない・ある) ビタミンC () (ない・ある)

副作用のありました方は、具体的に記入をお願い致します。

()

治療での注意事項

1 妊娠中は禁忌です。お申し出下さい。

2 皮膚がんの方は禁忌です。

3 治療中に注意する薬剤には、以下の薬剤があります。

A ニキビ治療薬ディフェリンゲルを使用している方は、治療部位が強く反応する事があります。(発赤・腫張・火傷・皮膚の落屑等)

B アキュテイン(イソトレチノイン内服薬)の使用
(過去6ヶ月間使用している方は治療不可)

C アスピリン、イブプロフェイン、ハーブ類(セントジョンズワート)抗凝固剤
上記薬剤を服用していると照射後、紫斑や青あざ発生の危険性が高まります。

D 日光過敏症を誘発する薬剤(テトラサイクリン系、ニューキノロン系)を服用している場合は、テスト照射の臨床反応にあわせて、患者のトリートメントパラメーターを調節する必要がありますので上記薬剤内服の方は申し出て下さい。

E 生理直後は易出血傾向がありますので、照射後に紫斑や青あざ発生の危険性があるので毛が太くて深い部位(ワキ、下肢、Vライン等)は避ける方が望ましい。

ペースメーカーや除細動器が入っている方はその主治医に許可をもらって下さい。

4 脱毛部位に美容形成手術や、歯科手術でインプラントやプロテーゼが入っている方は申し出て下さい。

5 治療前に化粧、日焼け止めクリームはすべて除去して下さい。

当院の肌治療の治療機器は以下のものがあります。どの治療機器に興味がありますか、

どの治療機器を使用して治療したいですか？

治療したいものに を付けて下さい。 わからない方は記入しないで下さい。

() **A:I2PL(エリプス フレックス) 世界最先端の光線治療器 第2世代IPL治療器(DDD社)**

- (1)シミ(色素沈着) そばかす(雀卵斑)
- (2)くすみ、クマ、たるみ、 Photorejuvenation(美肌)(美顔)
- (3)シワ アンチエイジング(皮膚の若返り) (4)ニキビ痕の改善 (赤ニキビ、茶ニキビ)
- (5)毛穴の開大の改善(毛孔開大) (6)赤ら顔、毛細血管拡張症、赤鼻
- (7)ホクロ(黒子)

() **B:Vantage YAGレーザー (CUTERA社) 最先端の美容レーザー**

- (1)くすみ、クマ、たるみ、 Photorejuvenation(美肌)(美顔)
- (2)シワ アンチエイジング(皮膚の若返り) (3)ニキビ痕の改善 (赤ニキビ、茶ニキビ)
- (4)毛穴の開大の改善(毛孔開大) (5)赤ら顔、毛細血管拡張症、赤鼻
- (6)ホクロ(黒子) (7)大きなシワ、たるみ(お腹のシワ、タルミ、額の大きな深いシワ)

() **C:フォトリバイブ治療 (Omnilux) 最先端のLED 光線力学療法**

- (1) にきび治療、にきび痕の改善
- (2) シミ(色素沈着) そばかす(雀卵斑)
- (3)くすみ、クマ、たるみ、 Photorejuvenation(美肌)(美顔)
- (4)シワ アンチエイジング(皮膚の若返り)
- (5)毛穴の開大の改善(毛孔開大) (6)赤ら顔、毛細血管拡張症、赤鼻

() **D:i clear XL (プラズマ光線療法)**

- (1) にきびの治療 (2) シワ、くすみ、クマ、たるみ、毛穴の開き、ニキビ痕 シミ
- (3) 創、創傷の治癒力促進 ……創の治癒力を高める……

() **E:ACTHYDERM アクシダーム(メソダーム) ~究極の痛みを伴わない(針を使わない)治療法~**

- (1)シミ(色素改善) (2)シワ アンチエイジング(皮膚の若返り)
- (3)クマ、タルミ、毛穴の開き (4)ニキビ、ニキビ痕
- (5)発毛、育毛 (6)脂肪溶解、セルライトの改善……肥満症

() **F:アルマ (ALUMA) RF Radio Frequency 治療器**

- (1)シワ、タルミの改善 (2)リフトアップ(顔、首、体幹)

() **G:ダイオードレーザー 最良のホクロ治療器**

- (1)ホクロ(黒子) (2)シミ(色素沈着)

() **H:ケミカル ピーリング**

- (1) にきび、にきび痕 (2)しみ
- (3)小じわ (4)毛孔性苔癬

その他、ご希望、ご質問がありましたらお書き下さい。

[]

私は、医師よりの説明を理解し上記の内容について確認しましたので、
肌治療（エリプスフレックス・ヤグ・アルマ・その他の機械）を受けることに同意いたします。

年 月 日

住所

住所（治療を受ける方が未成年である場合）

(自筆サイン) _____

※当院の肌の治療用内服薬、治療用外用薬には次のようなものがあります。
使用したいもの、興味ある薬の番号に丸を付けて下さい。
使用を希望する方は、受付で直接購入又は、メールや電話で注文が出来ます。

トレチノイン製剤を主体とした組み合わせパターン

A	トレチノイン 0.1% トレチノイン 0.05% トレチノイン 0.025% (各 25g) = 各 5,250 円 + 7%ハイドロキノン(30g) = 3,675 円	合計 8,925 円
B	トレチノイン 0.1% トレチノイン 0.05% トレチノイン 0.025% (各 25g) = 各 5,250 円 + 7%ハイドロキノン (15g) + 高濃度ビタミン C 誘導体 10%ジェル(15g) 合計(30g) = 3,728 円	合計 8,978 円
C	トレチノイン 0.1% トレチノイン 0.05% トレチノイン 0.025% (各 25g) = 各 5,250 円 + 7%ハイドロキノン(15g) + ロコイド軟膏 (15g) 合計 30g = 2,468 円	合計 7,718 円
D	トレチノイン 0.1% トレチノイン 0.05% トレチノイン 0.025% (各 25g) = 各 5,250 円 + 7%ハイドロキノン (10g) + 高濃度ビタミン C 誘導体 10%ジェル(10g) + ロコイド軟膏 (10g)合計 30g = 2,905 円	合計 8,155 円
E	その他 症状により混合する事ができます。	相談

- ※ 上記の A~E までの組み合わせでお選び下さい。
- ※ 各パターンのトレチノインは、3 つの中から 1 本をお選び下さい。
- ※ ご使用毎にトレチノインとミックスした製品を混合して、ご使用下さい。
- ※ 冷蔵庫保存をお願いします

パレスオリジナルハイドロキノン含有軟膏及びジェル

パレスオリジナル 5%ハイドロキノン	<u>30g 価格:2500 円</u>
パレスオリジナル 5%ハイドロキノン + ビタミンC10 ジェル + レチノール	<u>30g 価格:5500 円</u>
パレスオリジナル 10%ハイドロキノン	<u>30g 価格:3500 円</u>
パレスオリジナル 10%ハイドロキノン + ビタミンC10 ジェル + レチノール	<u>30g 価格:8000 円</u>

症状に合わせて作ったハイドロキノン入り調合軟膏

●パレスL・E・M(シイタケ菌系体培地培養エキス)シリーズ

パレスL・E・M にはメラニン生成抑制作用と肌細胞活性作用があります。

パレスL・E・M クリーム

10g 1,500 円 20g 3,000 円 30g 4,500 円 50g 5,500 円

組み合わせパターン

高濃度ビタミン C10%誘導体クリーム + パレスL・E・M クリーム

ハイドロキノン + パレスL・E・M クリーム

濃度ビタミン C10%誘導体クリーム + ハイドロキノン + L・E・M クリーム

トレチノイン + パレスL・E・M クリーム

○パレス L・E・M アイクリーム (目のクマ、タルミ、シワ専用に調合された専用クリーム)

15g 料金 5,000 円

成分:L・E・M(シイタケ菌系体培地培養エキス) 7.5g

カインチン(抗酸化剤・ハリ感成分) コエンザイム Q10(抗酸化剤) レチノール(ビタミン A) 7.5g