

初診診療録（肌治療）

2016-7

年 月 日

No. -

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	昭和・平成 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. あなたのお悩みに○をつけてください。2つ以上ある方は治療優先順位を書いてください。

- () 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・ニキビ痕の改善（赤ニキビ、茶ニキビ）
- () 毛穴の開大改善（毛孔開大）
- () 赤ら顔・毛細血管拡張症・赤鼻
- () ホクロ（黒子）
- () 深いシワ・たるみ（お腹のシワ・タルミ・額の深いシワ等）
- () その他 ()

2. 他の病院（クリニック）エステ等で治療されたことはありますか？（ない ある）

※ ある方はご記入下さい。わかる範囲でご記入ください。

- 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。

- 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 ()
 アトピー性皮膚炎 光線過敏症（紫外線・太陽光線） 肝炎 HIV
 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）
 血液疾患（貧血・白血病・紫斑病・その他） ジンマシン ない

4. 現在服用している薬はありますか？（ない ある）

※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。お薬手帳をお持ちの方は、記入不要です。
()

5. 薬のアレルギーはありますか？（ない ある）※ある方は、記入してください。

()

6. 女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？（ない ある）

7. 以下の事項がある方は○を付けて下さい。

① 日焼けや炎症等での色素沈着（ない ある 部位：)

- 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
（ない ある 部位： ））
- ③ 治療部位にホクロ・刺青・アートメイク（ない ある 部位： ）
- ④ 以下の薬の使用歴はありますか。 また、副作用の有無について
A) ハイドロキノン（ない ある） トレチノイン（ない ある）
B) レチノール （ない ある） ビタミンC （ない ある）
- ⑤ 副作用のあった方は、具体的に記入をお願い致します。
（ ）
8. 最近日焼けをしましたか？（ない ある 1ヶ月以内・3ヶ月以内・6ヶ月以内・1年以内）
9. スキンタイプは、以下のどのタイプですか？
（ ） I型：白人
（ ） II型：日焼けをすると赤くなるめったに黒くならない
（ ） III型：日焼けをすると時々赤くなる時々黒くなる
（ ） IV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
（ ） V型：日焼をしても赤くならない 絶対黒くなる
（ ） VI型：黒人

10. **治療における注意事項**

- ※ 妊娠中は禁忌です。お申し出下さい。
- ※ 皮膚がんの方は禁忌です。
- ※ 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（セントジョーンズワート）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・皮下出血等の発生の危険性が高まります。
- ※ 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お申し出ください。
- ※ 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ください。
- ※ 治療部位に美容形成・歯科手術等でインプラントやプロテーゼが入っている方はお申し出ください。
- ※ 治療前には、化粧・日焼け止めクリームはすべて落としていただきます。

11. 当院の肌治療は以下になります。興味あるものに○を付けてください。（A～J）

※わからない方は、記入不要です。

A:インフィニ ハイブリット 世界初HYBRID フラクショナル RF

強力なリフトアップ・小ジワ・肌のたるみ・肌質改善（ハリ・キメ・スキントイトニング）
毛穴開大・毛穴の黒ずみ・ニキビ痕・妊娠線・線状萎縮・瘢痕改善・多汗症

B:スペクトラ (QSwitch Nd:YAG 1064&532) 多機能を持った最先端の多目的レーザー機器

- ① すべての色素性病変 表在性色素斑：老人性色素斑・そばかす・扁平母斑等の治療
深在性色素斑：太田母斑・ADM・異所性蒙古斑等の治療
- ② タトゥー(刺青) あらゆる色素に反応し、唯一赤色系インクの除去に適応可能な治療
- ③ ルートロトーニング：肝斑・炎症後色素沈着・治りにくいシミ・色素沈着

C : マイクロフラクショナルレーザーモザイク hp 最新かつ最良の皮膚再生レーザー

顔の全般的な皮膚再生（蘇生）・アンチエイジング・美肌化・肌質改善（クスマ・クマ・シワ・タルミ・キメの改善・ハリ・リフトアップ・スキンタイトニング）毛穴開大・毛穴の黒ずみ・ニキビ痕・炎症性にきび・赤ら顔、末梢血管拡張症・妊娠線・線状萎縮・皮下の肉割れ・ケロイド・瘢痕（手術痕・外傷性瘢痕・火傷瘢痕・ケロイド・肥厚性瘢痕）

D : SOLARI（新世代光治療器）I2PL（エリプス フレックス）第2世代IPL治療器

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毛穴開大改善（毛孔開大）⑥赤ら顔・毛細血管拡張症・赤鼻⑦ホクロ（黒子）

E : 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深いシワ・たるみ（お腹のシワ・タルミ・額のいシワ等）

F : HEALITE II フォトリバيب治療（Omnilux）i-clear XL（プラズマ光線療法）

①にきび・にきび痕の改善②シミ・そばかす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）毛穴開大の改善（毛孔開大）⑥赤ら顔・毛細血管拡張症・赤鼻⑦創傷治癒力促進

G : 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・毛穴開大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）

H : アルマ（ALUMA）RF Radio Frequency 治療器シワ・タルミ・リフトアップ（顔・首）

I : ダイオードレーザー 最良のホクロ治療器 ①ホクロ（黒子）除去 ②シミ（色素沈着）

J : ケミカルピーリング ①ニキビ・ニキビ痕②シミ③小ジワ④毛孔性苔癬

12. 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（ ）

13. その他、ご希望・ご質問がありましたらお書きください。

[]

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（インフィニ・スペクトラ・モザイク・ソラリ・エリプスフレックス・ヤグ・アルマ・その他機器）を受けることに同意いたします。

年 月 日

住所

自筆サイン

保護者サイン

（治療を受ける方が未成年である場合）

同意書

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル1階

医療機関名 パレスクリニック院長 殿

患者住所 _____

電話番号 (_____) _____

患者氏名 _____

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

私は、貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対して、保険事故および保険金支払いの有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、およびそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

(同意者)

平成 年 月 日

同上 (同意者が未成年の場合 下記ご記入ください)

患者との続柄 本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他 (_____)

住所 _____

電話番号 (_____) _____

氏名 _____