

初診診療録 (肌・H Y・内服・外用薬)

2020-4

年 月 日

No. -

ふりがな		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			

- あなたのお悩み口にレ点をつけてください。2つ以上ある方は治療優先順位を書いてください。
 () 内に部位をご記入ください。例) 顔・お腹

 - () 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 ()
- 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 ()
- 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
- 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。
 ()
- 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。
 ()
- 女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか? (ない ある)
- 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： ）

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. 希望の外用薬がある方は、□にレ点をつけ、使用部位に○を付けてください。また、過去の使用歴・副作用の有無についてもお答えください。

			使用歴	副作用
<input type="checkbox"/>	ハイドロキノン	濃度 %	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	トレチノイン	濃度 %	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	レチノール		(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	ビタミンC		(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	その他（LEMクリーム・パストアップ等）		(ない・ある)	(ない・ある)

※シミ・色素沈着の場合のご使用になりたい部位はどこですか？

顔・乳輪・外陰部・その他（ ）

副作用のあった方は、具体的に記入をお願い致します。

()

11. 希望の内服薬がある方は、□にレ点をつけてください。過去の使用歴もお答えください。

		使用歴	副作用
<input type="checkbox"/>	高純度ビタミンC（シナール）	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	L-システイン（ハイチオール）	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	トラネキサム酸（トランサミン）	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	ビタミンH（ビオチン）	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	高純度亜鉛（プロマック）	(ない・ある)	(ない・ある)
<input type="checkbox"/>	ビタミンE（ユベラ）	(ない・ある)	(ない・ある)

12. 治療における注意事項

※ 皮膚がん・妊娠中の方は禁忌です。お申し出下さい。

※ 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。

13. 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。(次項A~J)
※わからない方は、記入不要です。

A: ①eco2(エコツー) フラクショナルレーザー

② **インフィニ ハイブリット 世界初HYBRID フラクショナル RF**

③ **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**

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・スキンタイトニング) 毛穴開大・毛穴の黒ずみ・ニキビ痕・妊娠線・線状萎縮・多汗症
顔の全般的な皮膚再生(蘇生)・アンチエイジング・美肌化・炎症性にきび・赤ら顔、末梢血管拡張症・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)

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 **ルフトロトニング**: 肝斑・炎症後色素沈着・治りにくいシミ・色素沈着

C: SOLARI(新世代光治療器) I2PL(ノーリス) 次世代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)

D: 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)

E: HEALITE II LED治療

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

F: 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)

G: アルマ(ALUMA) RF Radio Frequency 治療器 シワ・タルミ・部分的なリフトアップ(顔・首)

H: 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)

I: 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

14. 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()

15. 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(エコツー・インフィニ・スペクトラ・モザイク・ソラリ・ノーリス・ヤグ・アルマ・その他機器)を外用薬治療(ハイドロキノン・トレチノイン・その他)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

パレスクリニック院長 殿

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、及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。

患者住所

電話番号

(

)

—

患者氏名

生年月日

昭和

・平成

年

月

日

(同意者)

平成

年

月

日

ご本人 (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

配偶者・親権者・法定相続人・その他(

)

住所

電話番号

(

)

—

氏名