

# シミの診察・治療を希望される方 問診票

氏名 \_\_\_\_\_

①下の項目に当てはまる場合、チェックをつけてください。

- 現在美白・シミ取り化粧品を使用している
- シミ治療の飲み薬（市販薬含む）を内服中
- 1ヶ月以内に他の医療機関やエステサロンなどで、ケミカルピーリング・シミ取りシワ取り、レーザー脱毛などの施術をされた
  
- 過去のレーザー治療や紫外線治療で皮膚のトラブルを起こした
- 日光・光線過敏症といわれて治療を受けたことがある
  
- 長時間の屋外作業をする（農作業、園芸、スポーツなど）
- 1ヶ月以内に写真撮影や旅行などのイベントの予定がある
- 普段から日焼け止めはつけていない、最近強い日焼けをした
  
- 妊娠（可能性も含む）、授乳中である

②あなたの皮膚の紫外線に対する反応は以下のどのタイプでしょうか？チェックをつけてください。

スキンタイプ	紫外線に当たった後の反応
<input type="checkbox"/> I	常に赤くなり、皮膚色は全く濃くならない
<input type="checkbox"/> II	常に赤くなり、その後皮膚色が少し濃くなる
<input type="checkbox"/> III	時々赤くなり、必ず皮膚色が濃くなる
<input type="checkbox"/> IV	決して赤くならず、必ず皮膚色が濃くなる