

問診表

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 S・H・R _____ 年 月 日(才)

(千 一) _____ 性別 M ・ F _____

住所 _____

電話番号 _____

1. 本日のご相談内容をA・B・C・D・Eからお選びください

A. しみ しわ たるみ 毛穴の開き にきび痕 レーザー治療 ピーリング治療

過去にレーザー等のご経験があればご記入下さい

(_____)

B. ヒアルロン酸注射 ボトックス注射 糸でのリフトアップ 脂肪溶解注射

(本日ご希望部位 _____)

過去に上記4つのご経験があればご記入下さい

(_____ いつ頃 _____)

C. プラセンタ注射【過去に経験 あり なし】 アリナミン(にんにく)注射 二日酔い注射

血液クレンジング 高濃度VC点滴/注射 代謝促進ダイエット注射 美白デトックス注射

D. 脱毛 (本日ご希望部位 _____)

過去のご経験 エステ/クリニック (部位 _____ 回数 _____)

E. ピアス (ご希望部位 _____) 薄毛 多汗症 ダイエット

基礎化粧品の相談 メイク用品の相談 その他 (_____)

2. 現在治療中の病気、内服中のお薬、塗り薬はありますか? (いいえ ・ はい)

病名 (_____)

薬の名前 (_____)

3. 薬で異常があったことがありますか? (いいえ ・ はい)

薬の名前 (_____)

4. <女性の方に>現在、妊娠中ですか、またはその可能性はありますか?

1. 現在妊娠している (_____ ヶ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

5. 当院受診のきっかけは?

1. 紹介 (紹介者のお名前 _____) 2. バス 3. クリニック下看板

4. インターネット 5. 駅看板 6. 電信柱 7. その他 (_____)