

問診表

フリガナ _____

氏名 _____ 生年月日 S・H・R _____ 年 月 日(才)

(〒 -) _____ 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、授乳中ですか? または、妊娠の可能性はありますか?

1.妊娠している(予定日 _____ 月 _____ 日) 2.可能性あり 3.授乳中 4.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.クリニック下看板

3.インターネット 4.その他(_____)