

# 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( \_\_\_\_\_ )