

問診票

令和 年 月 日

| | | | |
|------|---------|----------|------------|
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 名前 | 男・女 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 (-) | | |
| 電話番号 | - - | メールアドレス | @ |

以下、記載もしくは該当する項目に☑を付けて下さい。

・紹介状はお持ちですか？ 有 無

気になる所を図に書き込んでください。

形成外科

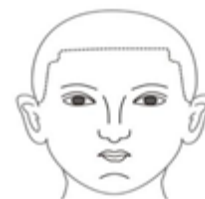
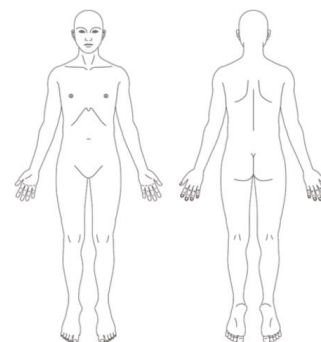
- きず・きずあと やけど できもの ほくろ いぼ 爪のトラブル
- にきび あざ まぶた (逆まつげ・眼瞼下垂など) 腋臭症
- その他 ()

自費・美容

- しみ・そばかす・肝斑 毛穴 しわ たるみ ほくろ きずあと
- にきび・にきび跡 タトゥー・入れ墨 まぶた・目元 ヘアケア・AGA
- ピアス (部位:) 医療脱毛 (部位:)
- その他 ()

ご希望の施術

- レーザー治療 ボトックス ヒアルロン酸 脂肪溶解注射 脂肪注入
- ピーリング マッサージピール イオン導入・エレクトロポレーション
- ダーマペン 点滴・注射 内服 メディカルコスメ
- 手術 () その他 ()



いつからどのような症状がありますか。他院での治療歴などもあればお書き下さい。

- ・持病や現在治療中の病気はありますか。 病名 () 治療・手術 ()
- ・現在使用中の薬剤 (☐お薬手帳持参の方は省略可、手帳を提出下さい) ()
- ・アレルギー 無 有 () ・局所麻酔歴 (歯科治療含む) 無 有
- ・当院を何でお知りになりましたか？
- 知人・友人からの紹介 主治医・かかりつけ医からの紹介 インターネット SNS
- その他 ()

女性の方

・妊娠の可能性 有 無 妊娠中 授乳中 不妊治療中

・診察、治療に対する希望などあれば記入下さい。