

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

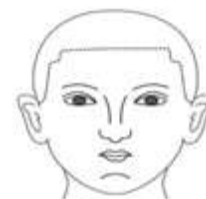
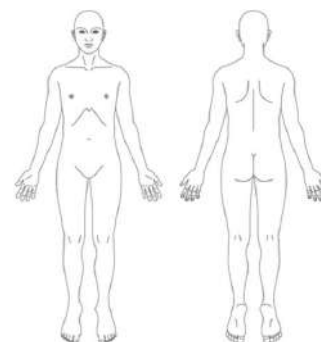
- きず・きずあと やけど できもの ほくろ いぼ 爪のトラブル
にきび あざ まぶた（逆まつげ・眼瞼下垂など）腋臭症
その他（)

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 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（紹介者： ）
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。