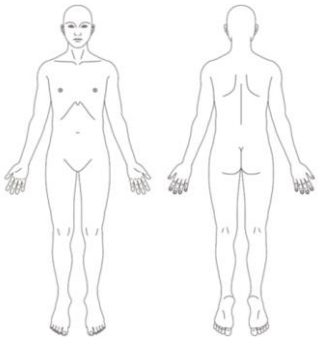
問診票　　令和　　年　　月　　日

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・やけど　□きずあと　□肥厚性瘢痕・ケロイド　□できもの　□ほくろ

□いぼ　□陥入爪　□にきび　□あざ　□まぶた（逆まつげ・眼瞼下垂など）

□耳のかたち　□腋臭症　□その他（　　）

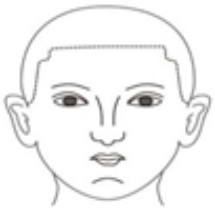
自費・美容

□しみ・そばかす・肝斑　□毛穴 □しわ □たるみ　□いぼ・赤いぼ　□ほくろ

□きずあと　□にきび・にきび跡　□赤み・赤ら顔　□タトゥー除去　□わき汗

□まぶた･目元　□ピアス(部位:　　)□医療脱毛(部位:　　)

□毛孔性苔癬　□その他（　　）



ご希望の施術

□レーザー　□ボトックス　□ヒアルロン酸　□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･ヴェルベットスキン　□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・施術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。

［　　］