

自由診療 問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
氏名			昭和・平成・令和	年 月 日生 ( ) 歳
住所	〒 -			
電話番号				

該当する項目に☑をつけてご回答ください

1. どのような診察をご希望されますか？

- レーザー脱毛      フェイシャル      タトゥー除去      内服  
点滴・注射      その他 ( )

2. 部位はどこですか？

- 顔      首      わき      胸      腹      背中      腕      脚  
ひげ      うなじ      おしり      VIO      その他 ( )

3. これまで脱毛やフェイシャル治療を受けられたことがあればご記入ください

- どこで： 他の医療機関      エステティックサロン      その他 ( )  
 どんな： レーザー (最終 年 月頃)      注入      糸リフト      点滴・注射  
           外用薬 (ニキビ治療薬、ハイドロキノン等)      その他 ( )  
 いつごろ： ( )

4. アレルギーをお持ちの方はご記入ください

- ぜんそく      薬剤 ( )      食物 ( )      ケロイド体質  
光線過敏      金属 ( )      その他 ( )

裏面に続きます

**5. 女性の方のみご記入ください**

妊娠中ですか はい いいえ

授乳中ですか はい いいえ

---

**6. 現在治療中の病気、内服しているお薬があればご記入ください**

\*お薬手帳があれば提示をお願いします

( )

---

**7. 今後大切な行事を予定されている方はご記入ください**

\*例：結婚式〇月〇日、運動会〇月〇日

( )

---

**8. お顔の診察を受ける方は正確な診断のため、お化粧を落とした状態で診察を受けて頂きます**

(クレンジングなどをご希望の方は受付にお申し出ください)

本日はどうしてもお化粧を落とすことができないので、このまま診察を受けることを希望します

---

**9. 診断や治療に関してご要望があればご記入ください**

( )

---

**10. 来院されたきっかけを教えてください**

ホームページ 家族が通院している 紹介（知人・病院： )

SNS その他 ( )

---

ご協力、誠にありがとうございました

# みらい内科クリニック 美容問診票

氏名 \_\_\_\_\_

ご来院ありがとうございます。

お手数ですが、わかる範囲で下記の内容に該当する項目に○をつけてお答えください。

1. 本日の来院のきっかけとなった最も改善したい症状、お悩みを1つお選びください。

しみ      くすみ      肝斑      そばかす  
たるみ      ほうれい線      しわ  
ニキビ      ニキビ跡      毛穴

2. 部位はどこですか。右の図に印をつけてください。

3. いつ頃から気になっていますか？

(

4. 2番目に気になる症状があればご記入ください。

(

この症状は

( 1.と同時に治療開始希望      1.が改善されてから治療希望 )

5. 希望の施術に印をつけてください。

\* 予約状況により当日施術できないメニューもあります。

ピコショット      トーニング      フラクショナル  
レーザーフェイシャル      レーザーシャワー      リフトアップレーザー  
ダーマペン      リフテラV (ハイフ)  
ハイドラシャワー      エレクトロポレーション

6. 伝えておきたいこと、ご要望があればご記入ください。

ご協力、誠にありがとうございました。