

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