

診療申し込み・問診

*印は必須となります

記入日 年 月 日

*	氏名	* * 男 女	M・T・S・H 年 月 日生 歳	未婚 既婚	子ども 人
*	住所 〒				
*	電話(連絡可能な No.)		職業		

ご本人様への緊急のご連絡の場合は上記連絡先に連絡してよろしいですか？ はい いいえ

病院名を出さなければ良い ・ 携帯電話のみ ・ その他連絡先 ()

1.	本日はご予約されていますか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい / TEL or Web (内容)
2.	今回のご来院のきっかけを教えてください。 <input type="checkbox"/> PCホームページ <input type="checkbox"/> 携帯ホームページ <input type="checkbox"/> 病院・家族・友人・知人からの紹介(紹介者名) <input type="checkbox"/> インターネット(検索ワード) <input type="checkbox"/> アメーバブログ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 駅・道路看板を見て <input type="checkbox"/> リーフ <input type="checkbox"/> 通りすがり(ビル1階看板) <input type="checkbox"/> 口コミ広場 <input type="checkbox"/> その他 ()
3.	既往歴・現病歴・生活習慣についてお尋ねします。 ◆ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 『ある』とお答えの方、どのような病気または手術ですか。 () ◆ 薬や麻酔の副作用でアレルギーの経験がありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない () ◆ 現在服用中のお薬はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(具体的に) ◆ 喫煙はされますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/1日) ◆ 飲酒はされますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/1日) ◆ 女性の方にお伺いします。現在妊娠・もしくは妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4.	症状・ご相談内容をお選びください。(どちらもご希望の方は両方にご記入ください) ◆ 皮膚科・形成外科(保険治療など) 皮膚科一般(いつ頃からかも詳しくお書き下さい) [] 過去の治療に関する情報をお書き下さい。 例: ○○クリニックにてリンデロンVG軟膏処方された。 2014年5月~2015年2月まで使用 など。 [] <input type="checkbox"/> あざ <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> わきが・多汗症(保険治療・ミラドライ) <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> うす毛治療 <input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> その他 []
	◆ 美容皮膚科・美容外科(私費治療) <input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> しわ・たるみ <input type="checkbox"/> 美容手術相談 <input type="checkbox"/> アンチエイジング <input type="checkbox"/> メディカルエステ <input type="checkbox"/> ダイエット <input type="checkbox"/> レーザー脱毛 <input type="checkbox"/> 刺青除去 <input type="checkbox"/> その他 () <u>上記の項目にチェックの方お手数ですが、裏面のご記入もお願いします。</u> <div style="text-align: center;"> </div>

お悩みや相談内容・希望される治療をお選びください。(複数可)

- しみ 肝斑 くすみ くま ほくろ
ニキビ・ニキビ跡 毛穴 過剰皮脂 刺青除去相談
本格ダイエット外来 アンチエイジング 多汗・わきが相談 しわ・たるみ
お手軽ダイエット ブライダルエステ相談 (頃)

- メディカルエステを受けたい ホームケアについて相談したい
レーザーや高周波などアンチエイジング機器治療を受けたい
プラセンタや美容注射・点滴を受けたい サプリメントについて相談したい
ヒアルロン酸注入 ボトックス注射
二重まぶた 隆鼻術 豊胸術 たるみやしわ取り手術の相談をしたい
その他の処置や手術 () ミラドライ

◆美容皮膚科治療・美容手術・美肌治療等を受けられたことはありますか? ある ない

◆近々に大切なイベントのご予定があれば、お知らせ下さい。(年 月 日頃)
結婚式 同窓会 成人式 就職 その他 ()

◆ご希望・予定される 美容治療はどのような種類になりますか。(複数可)

- メディカルエステを希望している
アンチエイジング機器・美容機器等で希望している
医師の処置や手術を希望している

◆ご希望の通院のペースをお伺いします。(複数可)

- 1回で治療を終了したい
週1回ペースで通院を希望
月1~2回ペースで通院を希望
わからないので必要に応じて相談したい

◆予定されている予算についてお伺いします。

- 必要最低限だけを提案してほしい
良いものがあればどんどん紹介してほしい
わからないので相談したい

◆1ヶ月に美容にかけておられる予算はどのくらいですか?

- ~5千円 ~1万円 ~2万円 ~3万 3万以上

◆スタッフへのご要望やご心配な事はありますか。

ありがとうございました