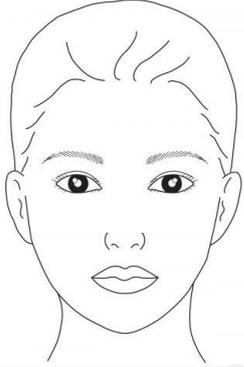
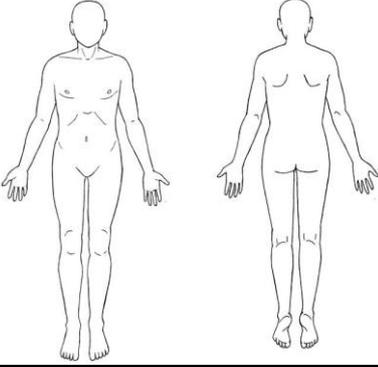


問 診 表

受付日 20 年 月 日

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|----------------------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 |
| 氏名 | 男 ・ 女 | | 年 月 日 (満 才) |
| 住所 | (〒 -) 県・都 市・群 区・町 | | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | |
| 国籍 Nationality | | 言語 Language | 日本語・英語・中国語・韓国語・タガログ語 他 () |
| 職種 | 専門/技術・管理・事務・サービス・販売・営業・教育・学生・主婦・主夫・その他 () | | |
| 来院動機 | 家族や知人の紹介・CM・SNS (HP・You-tube・Instagram・Facebook・Twitter) ぽど 看板・自宅が近く・職場が近く・他院からの紹介・通りがかり・その他 () | | |
| 相談内容をお選びください | |   | |
| しみ・そばかす・たるみ・しわ・にきび・脱毛 痩身・その他 () | | | |
| いつ頃からですか？ | | | |
| 美容治療は初めてですか？ | はい・いいえ (治療名:) | | |
| 過去3か月以内に他の治療を受けられたことがありますか？ | はい (治療名:) ・ いいえ | | |
| 注入治療はしていますか？ 【ヒアルロン酸・ボトックスなど】 | はい (最終注入は?) いいえ | | |
| 自宅ケアで気を付けている事は何ですか？ | | | |
| 本日治療希望ですか？ | はい ・ いいえ | | |
| 体調 | 良い ・ 普通 ・ 悪い | | |
| 治療中の病気 | ない ・ ある (病名:) | | |
| 服用中のお薬 | ない ・ ある (お薬名:) ↳ お薬手帳お持ちの方は受付にお出し下さい。 | | |
| 入院経験 | なし ・ あり | | |
| 手術歴 | なし ・ あり (年 手術) | | |
| アレルギー | ない ・ 不明 ・ ある () | | |
| お薬による副作用 | ない ・ ある (お薬名:) | | |
| 女性の方へ | | | |
| 妊娠中 | なし ・ あり | | |
| 授乳中 | なし ・ あり | | |
| 生理 | 順調 ・ 不順 ・ 閉経後 | | |
| 何かございましたらお書き下さい | | | |