

フリガナ _____

氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 ____年____月____日 (____歳)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯番号 _____

メールアドレス _____

1. 受診された主な目的は？

<保険診療>

できもの・いぼ・ほくろ(黒子)・あざ
 けが・やけど・キズ痕
 爪のトラブル
 まぶたのたるみ(眼瞼下垂)
 わきが・わき汗
 ニキビ
 その他(_____)

<保険外診療>

しみ・そばかす・かんぱん(肝斑)・くすみ
 しわ・たるみ(ボトックス・ヒアルロン酸など)
 脱毛(部位 _____)
 お肌のメンテナンス(毛穴・お肌のハリ・美白)
 ニキビ・ニキビ跡
 ピアス穴あけ・二重手術・薄毛
 その他(_____)

2. いつ頃から気になりますか？ _____日前 / _____ヶ月前 / _____年前 / 生まれつき / 不明
3. 今までにその症状で何か治療したことがありますか？ なし・あり
 あり→(どこで _____ 治療内容 _____)
4. 治療中の病気、または過去に大きな病気・手術などをしたことがありますか？ なし・あり
 あり→(具体的に _____)
5. 現在飲んでいるお薬(低用量ピルや市販薬も含む)はありますか？ なし・あり
 あり→(薬剤名 _____)
6. アレルギーはありますか？ いいえ・はい (内容 _____)
7. 現在妊娠している可能性はありますか？もしくは授乳中ですか？ いいえ・はい
8. 美容施術を希望される方へ 顔に金の糸を入れたり、インプラントなどを挿入していますか？ いいえ・はい
9. アートメイクをしていますか？ いいえ・はい →(部位: _____)
10. その他、治療に関してご希望や相談したい事がありましたら、ご記入下さい。
 (_____)
11. 当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。
 (ホームページ・Instagram・看板・近隣・ご紹介(紹介者名 _____))