

※印は必ずご記入をお願いします。

# 問診票

記入日 年 月 日

※ピアス・薄毛治療・多汗症相談の方は、受付にて別の問診票をお受け取り下さい。

※ふりがな 氏名 (旧姓： )	※生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		歳	男 女
※ご住所 〒	職業	未婚・既婚	子供	人
※電話番号 ( - - )				

- ※薬や麻酔の副作用でアレルギーの経験がありますか？ いいえ はい(薬品名： )
- ※女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？ いいえ 妊娠中(妊娠： ヶ月) 授乳中
- これまでにかかった病気はありますか？ いいえ はい(病名： )
  - 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい(病名： )
  - 現在内服中の薬 (市販を含む) はありますか？ いいえ はい(薬品名： )
  - 現在体内に金属をいれていますか？ いいえ はい(病名： )
  - 喫煙はされますか？ いいえ はい( 本/1日)
  - 飲酒はされますか？ いいえ はい( 本/1日)

## ◆ 本日は、どのようなお悩みでの受診ですか？

- しみ・くすみ ( 気になるしみだけを治療したい 徹底的にきれいにしたい )
- ニキビ・ニキビ跡 ( 保険治療のみ 自費治療を含む最善の治療 )
- しわ・たるみ ( ヒアルロン酸 ボトックス 糸 施術 )
- アザ ホクロ くま 巻き爪、陥入爪 わきが・多汗症 ( 手術 ミラドライ )
- tattoo 除去 ダイエット相談 ED 薄毛相談 AGA・FAGA
- 美容手術 ( 二重 鼻 ) ピアス穴あけ アートメイク 一般皮膚科
- その他 ( )

いつからどのような症状ですか？ また過去の治療歴があれば記入下さい。

例：〇〇クリニックにてリンデロンVG軟膏を処方された。2020年4月～2020年6月まで使用等

## ◆ 過去に烏丸院又は河原町院を受診されたことはありますか？

いいえ はい ( 院 )

## ◆ 当院をどのように知りましたか？

- PCホームページ 携帯ホームページ インターネット ( 検索ワード )
- 他院からの紹介 ( 医院名 ) 家族・知人からの紹介 ( 紹介者 )
- SNS ( インスタグラム・フェイスブック・アメーバブログ・YouTube ) リーフ ココミ広場
- 駅・看板 通りすがり その他 ( )

## ◆ 当院をお選び頂いた理由をお聞かせください。

評判 価格 アクセス 実績 その他 ( )

\*LINEの登録はお済みですか？ はい いいえ (お友達登録でお得な特典・情報あります！)

## ◆ 近々に大切なイベントのご予定があれば、お知らせください

結婚式 同窓会 成人式 就職 その他 ( ) ⇒日付( 年 月 日)

※ご記入いただきました個人情報は医療サービスの目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

ご記入いただきありがとうございました。