

診療申し込み・問診

記入日 年 月 日

*印は必須となります

* 氏名	ふりがな	* 男 女	* M・T・S・H				未婚	子ども
			年	月	日生	歳	既婚	人
* 住所	〒							
* TEL 番号					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

今回のご来院のきっかけを教えてください。

病院・家族・友人・知人からの紹介（紹介者名 _____）

インターネット
（検索ワード _____）

アメーバブログ タウンページ ココミ広場 通りすがり

リーフ 駅看板・道路看板を見て

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）

ピアス しみ 肝斑 くすみ 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 ミラドライ

しわ・たるみ お手軽ダイエット くま AGA ED

ブライダルエステ相談（ _____ 頃） メディカルエステ

プラセンタや美容注射・点滴

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

その他の処置や手術（ _____ ）

◆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（ _____ ）

既往歴・現病歴・生活習慣についてお尋ねします。

◆薬や麻酔の副作用でアレルギーの経験がありますか。 ある ない

（ _____ ）

◆現在服用中のお薬はありますか いいえ はい（具体的に _____）

◆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）

◆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 ある ない