

# 問 診 票

昭・平 年 月 日 生

(ふりがな)

お名前 男・女 歳 ご職業 ( )

(〒 - )

住所

携帯 ( - - ) TEL ( - - )

\*時間変更等、急きょご連絡が必要な場合がございますので、携帯番号の記入をお願いいたします。

## ● ご相談・治療内容をご記入下さい。

美容皮膚科・美容外科 [ ]

フォトフェイシャル \* V - b e a m (V-ビーム)

ケミカルピーリング

医療美顔コース [ 体験コース\*アクネコース\*しみ・くすみコース\*しわ・たるみコース ]

[ とことん美白コース\*とことんアクネコース\*とことん美肌UPコース ]

レーザー脱毛 [ 部位 ]

ワキガ・多汗症

皮膚科 [ ]

ほくろ・いぼ [ 部位 ]

タトゥー除去 [ 部位 ]

注射 [ にんにく注射\*プラセンタ注射\*ウコン注射\*マルチ点滴\*美白注射 ]

その他 [ ]

1. 麻酔の経験がありますか? ない○ r ある (全身麻酔・局所麻酔・歯科用麻酔)

その時に異常がありましたら症状をお書きください。

[ ]

2. 美容外科の手術を受けたことがありますか? ない○ r ある (手術名 )

3. 次のような病気をしたことがありますか?

アトピー性皮膚炎・喘息・じんましん・リュウマチ・高血圧・低血圧・心臓病

糖尿病・肝臓病・腎疾患・悪性腫瘍・精神疾患 ( )

レーザーによる光過敏症・その他 ( )

4. 服用中の薬がありますか? ない○ r ある ( )

5. 飲み薬・塗り薬・注射等で異常が出たことがありますか?

ない○ r ある (薬品名・症状 )

6. 当クリニックをどのような方法でお知りになりましたか?

友人・知人・家族の紹介 (紹介者名 )

新聞折込・ぱど・地域紙・看板・電話帳・その他 ( )

ホームページ・(⇒アドレスはどこで知りましたか? ぱど・新聞・看板・その他 )