

問診票 ※(美容診療)

記入日: 年 月 日

フリガナ:	生年月日:T・S・H・R	年	月	日	歳
氏名:	職業:				
住所: 〒	自宅 TEL ()				—
	携帯 TEL ()				—

1. どの様なご相談内容ですか？

- a) ご相談内容 _____
- b) ご希望施術 _____
- c) ご希望時期 今日 出来るだけ早く ____月頃
- d) 今迄に美容クリニックで受けた施術はありますか？ なし あり↓
____年前 内容 _____ 施設名 _____

2. 現在、治療中の病気はありますか？

(はい ・ いいえ) 病名 _____

過去に治療した病気はありますか？

- 高血圧 喘息 糖尿病 心臓病 肝臓疾患(B型肝炎・C型肝炎・その他) 腎臓疾患
 緑内障 梅毒 HIV その他 _____ 手術 _____

4. 現在使用中のお薬・サプリメントはありますか？ あり なし

お薬・サプリメントの名前 _____

5. アレルギーはありますか？

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 その他 _____

薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか

ある ない 薬、食べ物の名前 _____

6. 〈女性の方に〉現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか

現在妊娠している ____ヵ月 可能性あり 可能性なし 授乳中

7. どのようにして、とよかわ皮ふのクリニックをお知りになりましたか？

- ご家族・知人の紹介 看板・タウンページ等 通りがかりで気になった
 インターネットで検索 その他 _____

※ご記入ありがとうございました。記入出来ましたら、受付までお持ちください。

※内容は個人情報として法人内のみで使用し厳重に取り扱います。