

問診票 (美容関係)

記入年月日 / 年 月 日

ふりがな		生	大正
氏名	男 ・ 女	年	昭和
		月	平成
		日	令和
住所	〒		年 月 日生 (才)
TEL		携帯	

◆当院をお知りになったきっかけは？

[・保険通院者 ・HP ・紹介 ・自宅または勤務先から近いから ・その他 ()]

◆ご希望のメニュー

(部位) : _____

◆現在、持病やケガなど治療中の病気はありますか？

また、歯の治療【インプラント、ブリッジ、矯正】をされていますか？ はい・いいえ

(病名) : _____

(症状) : _____

◆これまで受けられた美容の施術を記載して下さい。

【例】ボトックス、ヒアルロン酸注射、美白クリーム、シリコン、金の糸、二重まぶた等

(施術名、商品名 (わかる範囲で結構です)) : _____

(部位) : _____ (時期) : _____

◆今までに薬、注射、食べ物に対するアレルギー (じんましんがでたり、気分が悪くなったりしたこと) がありましたか？

・あり → 薬、注射、食べ物の種類 _____

・なし

◆現在、医師の治療をうけたり、服用している薬がありますか？

・うけている → 服用している → 薬の名前 _____

↳ 服用していない

・うけていない

◆現在、妊娠していますか？ はい・いいえ・わからない/不妊治療中である

◆施術前に、スタッフに伝えておきたいこと等ございましたらご記入下さい。

ご記入頂きましたら受付までお願い致します。診察までしばらくお待ち下さい。