

問診票 (美容)

初診料が3300円(税込)がかかります。

ふりがな
名前 _____ 生年月日 T/S/H _____ 年 月 日 _____

〒 _____ 住所 _____ Tel _____

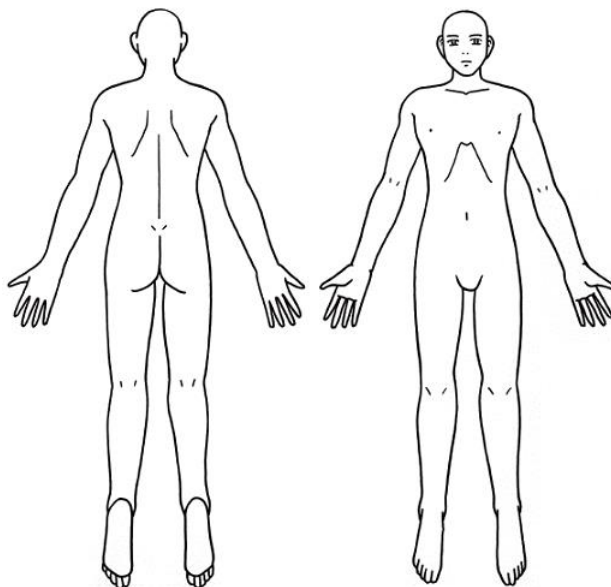
年齢 _____ (才) 体重 _____ (kg) ご職業 _____

Q1 今日はどこを診てもらいたいですか？

※右の図に書きこんでください。

Q2 どんなところが気になりますか？

しみ ・ ほくろ ・ そばかす ・ しわ
毛穴 ・ 赤ら顔 ・ ニキビ痕 ・ あざ
薄毛 ・ 脱毛 ・ プラセンタ注射
その他 (_____)



Q3 そのことで他院で治療を受けたことはありますか？

はい → 医療機関で ・ エステで ・ その他
いいえ → Q5に進む

Q4 Q3ではいの方はどのような治療を受けられましたか？

(_____)

Q5 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

はい → どのような症状でしたか？ 倒れた ・ 発疹がでた ・ その他(_____)
飲み薬(_____) ・ 注射(_____) ・ 食べ物(_____)

いいえ

Q6 今までにかかった病気があれば選んでください。

特になし・アトピー性皮膚炎・花粉症・ぜんそく・糖尿病・胃の病気・心臓病・高血圧
肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・緑内障・その他(_____)

Q7 現在飲んでいるお薬はありますか？

ある(_____)
ない

Q8 女性の方に質問です。

妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠はしていない ・ 授乳中である

Q9 今後何か大事なご予定はありますか？(同窓会・成人式・披露宴など)

はい → (予定日 _____ 月 _____ 日：内容 _____)
いいえ

Q10 お顔の診察を希望される方 → 本日お化粧はしていますか？

はい → お化粧を落としていただくことは可能ですか？ はい ・ いいえ
いいえ

Q11 当院を何にお知りになりましたか？

フェイスブック ・ ホームページ ・ 通りがかり ・ 口コミ ・ その他

お疲れ様でした。受付に渡していただき、もうしばらくお待ちください。