

問診票

平成 年 月 日
ID

ふりがな	
お名前	男・女 生年月日 年 月 日 () 歳
住 所	〒
電話番号 ()	当院からお電話可能ですか? はい・いいえ

今日はどうな症状で来院されましたか?

- しみ そばかす にきび、にきび跡 脱毛希望 薄毛
 ほくろ除去希望 たるみ 小じわ 赤ら顔 ピアス 毛穴
 くすみ 多汗症 まつ毛

部位:()
いつから:()

他院にて美容治療を受けたことがありますか? はい いいえ

はいの方は治療内容をご記入ください
()

麻酔のアレルギーはありますか? はい いいえ

現在、治療中の病気はありますか?

- ある(病名)
 (お薬)
 ない

いままでに手術を受けたことがありますか?

- ある(病名)
 ない

体内に金属等が入っていますか? はい いいえ

いままでに以下の病気をしたことがありますか?

- 高血圧 糖尿病 心疾患 気管支喘息 腎疾患 がん
 その他()

現在、妊娠中または授乳中ですか? はい(妊娠 ヶ月) いいえピル内服中ですか? はい いいえ

当院に何をみて来院されましたか?

- ご紹介(様) 広告(地下鉄・バス) インターネット
 東光ストアに来て 他()

他に特に心配な点などございましたら、ご記入お願い致します