

形成外科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 (西暦)	年	月	日	歳
ご住所 〒	性別 男 ・ 女				
	電話番号 (— —)				

- ※薬や麻酔の副作用でアレルギーの経験がありますか？ いいえ はい (薬剤名：)
- ※女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？ いいえ はい (妊娠 ヶ月) 授乳中
- これまでにかった病気はありますか？ いいえ はい (病名：)
- 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい (病名：)
- 現在内服中の薬 (市販を含む) はありますか？ いいえ はい (薬剤名：)
- 現在体内に金属をいれていますか？ いいえ はい (病名：)

◆本日は、どのようなお悩みでの受診ですか？

- しみ・くすみ (気になるしみだけを治療したい 徹底的にきれいにしたい)
- ホクロ・いぼ その他のできもの まぶたのお悩み (まぶたがあがらない、逆まつげなど)
- ニキビ・ニキビ跡 (保険治療のみ 自費治療を含む最善の治療)
- けが・やけど 傷跡
- しわ・たるみ (ヒアルロン酸 ボトックス 施術) わきが・多汗症 薄毛相談 FAGA
- 美容手術 ピアス穴あけ (部位) その他 ()

いつからどのような症状ですか？ また過去の治療歴があれば記入下さい。

()

◆ご予算の目安をお聞かせください。 (~10000 円/月 ~30000 円/月 30000 円~/月 未定)

◆当院は肌悩み、年齢に合わせた基礎化粧品を取り扱っております。案内を希望されますか？

はい いいえ

◆近々に大切なイベントのご予定があれば、お知らせください (結婚式、同窓会、旅行など)

なし あり (月 日頃)

◆伝えておきたいこと、ご要望があればご記入ください。

()

※ご記入いただきました個人情報は医療サービスの目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

ご記入いただきありがとうございました。