

お肌のクリニック問診票

No. _____

初診日

| | | | | | | | | |
|------|----------|-------------|---------|---|---|---|-------|-------|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | (歳) | 未婚・既婚 |
| お名前 | | | 血液型 | | | | | 型 |
| ご住所 | 〒()-() | | ご連絡先 | | | | | |
| | | | 自宅 | - | | - | | |
| ご職業 | | | 携帯 | - | | - | | |
| | | | メールアドレス | | | | | |

●本日のご希望内容を記入して下さい。

その他、相談したいこと、興味のあるメニュー等ありましたらお書き下さい。

・若返り ・シミ ・ レーザー脱毛 ・注射、点滴(プラセンタ・にんにく・美肌) ・しわ ・たるみ
・にきび ・にきび跡 ・ポトックス ・ヒアルロン酸 ・目 ・鼻 ・脂肪溶解注射 ・スキンケア

内容()

●身長・体重をご記入下さい。

cm

kg

●今までに美容外科での処置経験はありますか？

内容・期日・施設名 等

●妊娠していますか？ はい (月) ・ いいえ ・ 可能性あり

●出産経験はありますか？ はい (歳の時) ・ いいえ

●今までに次の病気にかかった事がありますか？○をつけて下さい。(なし ・あり)

肝臓病(A型・B型・C型肝炎) ・ 心臓病 ・糖尿病 ・ 喘息 ・ 血液疾患 ・ 高血圧 ・ 緑内障
その他の重い病気やケガ・手術例 ()

●現在、治療中の病気などがあればご記入して下さい。

(なし ・ あり) 病名

●現在、服用しているお薬などがあればご記入して下さい。

(なし ・ あり) 薬名

●精神安定剤、抗うつ剤、麻酔薬、睡眠薬のお薬の使用経験はありますか？

(なし ・ あり) 薬名

●今まで麻酔をして何か問題が起きた事がありますか？ (はい ・ いいえ ・ 麻酔経験なし)

●アレルギー・特異体質はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方

●ケロイド体質と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

●ケガや手術で血が止まりにくくなったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

●当院を何でお知りになりましたか？ ()

●クリニックを選ぶポイントをよろしければお聞かせ下さい。

・立地 ・メニュー内容 ・価格 ・インテリア ・設備 ・スタッフ ・雰囲気 ・施術の丁寧さ ・清潔感

※備考 ()