

問 診 票

フリガナ	性別	生年月日		
氏名	女・男	西暦 年 月 日 歳		
〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				
住所				
◆TEL () - -		◆携帯TEL () - -		
会社員・公務員・自営業・パート・アルバイト・学生・主婦・無職・その他 ()				
身長	cm	体重	kg	血液型 型 既婚・未婚
*お子様はいらっしゃいますか? はい (歳) ・いいえ				
<p>【1】ご相談されたい内容は、どの分類ですか？</p> <p style="margin-left: 20px;">美肌・脱毛・バスト・痩身・わきが・目・鼻・アゴ・ほくろ・イボ りんかく・フェイスライン・アンチエイジング(しわ・タルミ)・皮膚科一般 その他 具体的に ()</p> <p style="margin-left: 20px;">※目元のご相談される方 → 本日はアイプチ・アイテープ・つけまつげ・カラーコンタクトをご使用ですか？ はい・いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;">※治療方法について → 全て保険の範囲でよい・予算に応じて考えたい・良い方法があれば保険外(自費)で</p> <p>【2】今までに手術を受けたことがありますか? はい・いいえ 病院名 () 内容 () いつ頃 ()</p> <p>【3】今までに大きな病気をされたことや現在治療中の病気はありますか? はい・いいえ 心臓・肝臓・腎臓・糖尿・高血圧・てんかん・その他 ()</p> <p>【4】現在服用している薬はありますか？《治療に関係するので必ず記入して下さい》 ()</p> <p>【5】薬や食べ物などのアレルギーはありますか? はい・いいえ 何のアレルギーですか ()</p> <p>【6】今までにケロイド体質と言われたことはありますか? はい・いいえ</p> <p>【7】今までに局所麻酔(歯科での虫歯治療など含む)の経験はありますか? はい・いいえ その時異常はありませんでしたか? 異常なし・異常有り ()</p> <p>【8】女性にお伺いします。 → 現在妊娠していらっしゃいますか? はい・いいえ</p> <p>【9】今後、ご記入いただいた宛先にお得なクーポンやキャンペーン情報のご案内を郵送してもよろしいですか? 上記以外の宛先をご希望の方は下記にご記入をお願いします。 はい・いいえ (〒)</p>				

♪恵聖会クリニックをお知りになったのは次のどれですか？《複数回答可》

①紹介 ②雑誌・新聞・チラシ ③看板 ④テレビ ⑤インターネット ⑥SNS ⑦その他 ()

「② 雑誌・新聞・チラシ」に○を付けた方は、当院を知るきっかけとなった情報誌に「○」をお付け下さい。《複数回答可》
ぱど・ウーマンライフ・読売ファミリー・美ST・美人百花・and GIRL・anan・VocCE・CREA・その他 ()

「⑥ SNS」に○を付けた方は、当院を知るきっかけになったSNSに「○」をお付け下さい。《複数回答可》
ブログ・LINE・新浪微博(sinaweibo)・Instagram・Facebook・Twitter

当院ではカルテ保存のために施術前もしくは施術後に写真撮影を行っております。
撮影した写真を学会や学術研究等で、個人の識別が出来ないように加工した上で使用させて頂くことがあります。
ご承諾頂けない場合は下記に ✓ を入れてください。
□承諾しません

《カウンセリング担当者》 _____