問診票

フリガナ	性別	生年月日
氏 名	女・男	西暦　　年　　月　　日　　歳

〒 □□□ □□□□

住 所

◆携帯TEL　（　　）ー　　ー　　◆TEL　（　　）ー　　ー

◆mail（※必須）

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

【1】ご相談されたい内容をご記入ください。

美肌 ・脱毛・バスト・痩身・わきが・目・鼻・アゴ・りんかく（小顔）・フェイスライン・泌尿器・皮膚科一般・ホクロ・イボ
（その他：　　）

※目元のご相談される方　本日は下記をご使用されていますか？
□アイプチ　□アイテープ　□まつげエクステ　□つけまつげ　コンタクト（□度入り　□度なし）　□使用なし
普段、アイプチアイテープをご使用されている方は使用歴をご記入ください。　（使用歴：　　年）

※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

【2】今までに手術を受けたことがありますか？　はい ・ いいえ

目・鼻・リフト系・脂肪吸引・胸・ヒアルロン酸・ボトックス・その他
（内容：　　クリニック名（任意）：　　）

【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（　　）

【4】現在服用している薬はありますか？※治療に関係しますので必ずご記入下さい　はい ・ いいえ

（薬剤名：　　）

【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

食物・ナッツ類・大豆・金属・ラテックス・薬・その他
（薬剤名：　　）

【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

【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（　　）

【8】女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか？　はい ・ いいえ
妊娠予定はありますか？　はい ・ いいえ
出産の経験はありますか？　はい ・ いいえ
授乳中ですか？　はい ・ いいえ

【1】恵聖会クリニックをお知りいただいたきっかけは次のどれですか？「〇」をお付け下さい。《複数回答可》
① 紹介　② 雑誌･フリーペーパー　③ 看板　④ テレビ　⑤ インターネット･SNS･アプリ　⑥ その他（　　）

【2】「② 雑誌･フリーペーパー」に〇を付けた方は、当院を知るきっかけとなった情報誌に「〇」をお付け下さい。《複数回答可》
美ST・美人百花・anan・VoCE・CREA・ウーマンライフ・ その他（　　）

【3】「⑤ インターネット･SNS･アプリ」に〇を付けた方は、当院を知るきっかけになったものに「〇」をお付け下さい。《複数回答可》
Google・Yahoo・YouTube・LINE・Wechat・Instagram・Facebook ・X・TikTok・ トリビュー（TRIBEAU）・Meily・Lucmo・NICOLY
美容医療相談室 ・ﾎｯﾄﾍﾟｯﾊﾟｰﾋﾞｭｰﾃｨｸﾘﾆｯｸ・ 口コミ広場・ブログ その他（　　）

【4】「① ご紹介」の方は、会計時に、上記のご紹介者様のお名前･生年月日を受付にお申し付けください。
化粧品、薬の購入、ピアスを除く5,500円（税込）以上の自費診療をご利用で、ご紹介者様に2000ポイント、ご紹介された患者様に1000ポイント
1ポイント＝1円から施術にご利用できるポイントを進呈いたします。自己申告制となりますので忘れずにお伝えください。
※当日のポイント利用はできません。

※1　個人情報取り扱いについて了承しました　□

※2　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