

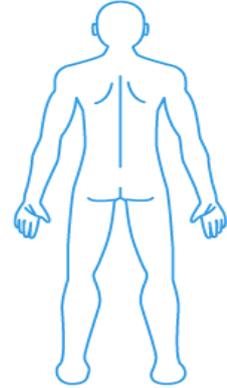
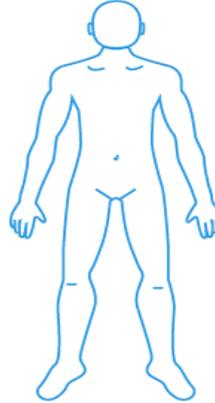


フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成・令和)	歳	男・女
お名前		年 月 日		
ご住所	〒	—	電話番号	
			自宅	携帯
ご職業		お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてよろしいでしょうか? (はい・いいえ)		

1. いつから、どんな症状がありますか？

☆いつから：()

☆部位：下の図に印をつけてください。



☆症状：・しみ・くすみ・しわ・肝斑・そばかす・たるみ・ほうれい線・ホクロ・イボ
 ・ニキビ跡・毛穴の広がり・巻き爪・男性脱毛症 (AGA 治療)・ピアッシング
 ・その他 ()

☆美容施術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

これまでの施術内容・使用していた薬剤等をわかる範囲でご記入ください。

()

2. あてはまるものがあれば○をしてください。

- ・妊娠している (月)
- ・授乳中
- ・日光過敏症
- ・ケロイド体質
- ・金属を埋め込む手術歴 (ペースメーカーや人工関節等)

3. お薬や食べ物などでアレルギー症状がでたことがありますか？ (はい・いいえ)

- ・薬剤 ()
- ・食品 ()
- ・アルコール消毒
- ・金属
- ・ゴム

4. ご予算の目安があればお聞かせください。

- ・～¥5000/月
- ・～¥10000/月
- ・～¥20000/月
- ・¥20000/月以上

5. どの位の間隔で治療に通えますか？

- ・2週間隔
- ・4週間隔
- ・6週間隔
- ・それ以上
- ・その他 ()

6. 近いうちに大切な予定がありますか？ (同窓会、結婚式、旅行など)

- ・なし
- ・あり (月 日頃)

7. 当院へご来院なされたきっかけは？

- ・知人の紹介
- ・医療機関からの紹介
- ・ホームページを見て
- ・近所
- ・その他