

# 予診表

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ ( )歳 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL(携帯)

( ) \_\_\_\_\_

①. ご相談内容に○をお付けください

- |           |           |         |       |                 |            |
|-----------|-----------|---------|-------|-----------------|------------|
| ・ホクロ      | ・いぼ       | ・しみ     | ・そばかす | ・あざ             | ・皮膚科診療     |
| ・ニキビ      | ・ニキビ跡     | ・しわ     | ・たるみ  | ・フォトRF          | ・ピーリング     |
| ・プラセンタ注射  | ・点滴       | ・ボトックス  | ・多汗症  | ・ピアス(両耳, 片耳, 体) |            |
| ・男性頭髪のお悩み | ・女性頭髪のお悩み | ・レーザー脱毛 | ・傷跡   | ・毛穴クリーニング       | ・コエンザイムQ10 |
| ・ダイエット    | ・化粧品      | ・その他( ) |       |                 |            |

1)①で○をつけられたご相談内容についてなるべく詳しく教えて下さい。

・いつ頃からですか?( )

・どこの部位ですか?右図へ○をつけて下さい。

・本日のご相談内容について、施術を希望されますか?(はい・いいえ)

2)ご相談内容について、これまで治療されたことはありますか?(いいえ・はい)

<はいと答えた方へ>

治療方法( ) いつ頃ですか?( )

②. 今までに大きな病気あるいは手術をされたことはございますか?

いいえ・はい( )

③. 現在、服用されている飲み薬、サプリメント、塗り薬はございますか?

いいえ・はい( )

④. 現在、治療中の病気はございますか?

いいえ・はい( )

⑤. <女性の方へ>該当箇所に○をつけて下さい。

・妊娠していない ・妊娠の可能性がある ・妊娠中 ・授乳中 ・閉経している

⑥. お薬や化粧品、アルコール、麻酔(注射)等で、気分不良やアレルギー症状などの副作用がでたことはございますか?

いいえ・はい( )

⑦. エステや他のクリニックなどでお手入れをされたことがありますか?

いいえ・はい( )

⑧. 当院はどのようにお知りになりましたか?

・ご紹介(ご紹介いただいた方のお名前 )

・ホームページ (検索サイトは… yahoo! Google その他 ) ・ケータイサイト ・ブログ ・その他

インターネット検索された際のキーワードは?

検索

例: 脱毛 大阪

ホクロ 治療 大阪 など

・看板 ・パンフレット ・大阪院、旧天王寺院、旧心齋橋院に通院していた ・ロコミ広場(登録済 or 登録未)

ご記入ありがとうございました。

