

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)

ご職業

() _____

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 | ・毛穴クレンジング | ・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ください。

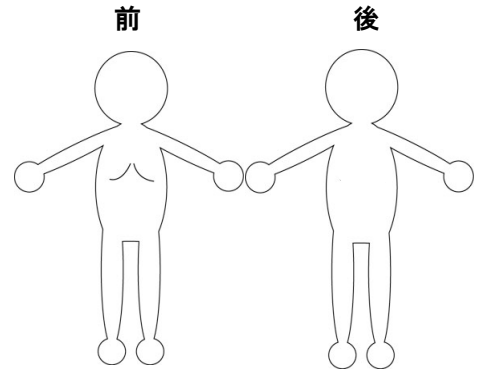
- ・いつ頃からですか?()
 - ・どこの部位ですか? 右図へ○をつけて下さい。
 - ・本日のご相談内容について、施術を希望されますか?(はい・いいえ)
- <はいと答えた方へ>

ホクロ、いぼの施術をご希望の場合、施術後2週間以内の受診が必要になりますか? (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. 今までに感染症にかかった事はありますか? ある方は以下にチェックまたは記入をお願い致します。

B型肝炎 C型肝炎 梅毒 エイズ その他()

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?

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。