

# 予診表

令和3年4月 改訂

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 歳

〒 \_\_\_\_\_

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/注射    | ・ボトックス        | ・多汗症  | ・ピアス(両耳, 片耳, 体) | ・二重の手術          |
| ・男性の薄毛のお悩み | ・女性頭髪のお悩み | ・レーザー脱毛       | ・傷跡   | ・毛穴クリーニング       | ・超音波導入コエンザイム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。

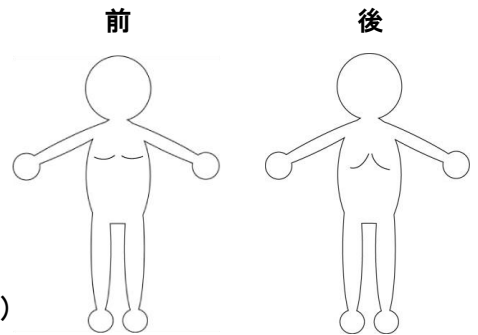
・本日のご相談内容について、施術を希望されますか?(はい・いいえ)

〈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 10 日以内の受診が必要になります。可能ですか?(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や手術、鼻のプロテーゼや金の糸などの美容外科の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今までに以下の感染症にかかったことはありますか? ある方は以下にチェックまたは記入をお願い致します。

いいえ・はい (  B型肝炎  C型肝炎  梅毒  エイズ  結核  その他( \_\_\_\_\_ )

〈はいと答えた方へ〉 通院 している していない 検査結果 ある なし

⑧当院はどのようにお知りになりましたか?

・ご紹介( \_\_\_\_\_ 様)・HP(検索サイトは…yahoo! Google その他)・インスタグラム・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・神戸院に通院していた ・口コミ広場 ・LINE(登録済 or 登録未)

ご記入ありがとうございました。