予診票

本日はご来院頂きありがとうございます。ご記入をお願いいたします。

フリガナ					
氏名	男・女	生年月日 昭・平・令	年 月	日	()歳
₹ -					
住所					
TEL(携帯)日中つながる番	号をご記入下さい	ご職業			
① ご相談内容にチェックとマ	ル印をお付けくたさい (復)	数回答 可)			
お悩み				ご希望の	D治療・施術
	□レーザー治療【ほくろ		an Lupe 4	200 = = 4 2	
□はくろ、1 小寺のでさもの □シミ、そばかす	_	マイタン・ジェネシス・フラク 【グリコール酸・サリチル酸・		502 / フクシ	ョアル』
□アザ	1	ニング・美肌Q10・イオン導			
□皮膚科全般診療	_	青じわボトックス・おまかせ ホ			
│ □ニキビ、ニキビ跡 │ □傷跡	_	こり・ふくらはぎ痩身・手汗・ ドリュームアップ・肌質改善】	足裏の汗・頭の汗	F・ワキ汗・エ	.ラの張り】
□しわ	1000 -	ック注射・プルリアル注射・シ	/ョッピングリフ	F]	
□たるみ	□糸リフト(小顔・美肌				
│ □頭髪 │ □化粧品の相談	_	辺開術/二重埋没法/二重全は 5/豆屋線小街/Rの下のこん		'ト法/眼瞼下	垂症手術】
□□紀在の行談□□多汗症		桁/口唇縮小術/目の下のふく 対・点滴/にんにく注射・点滴		射・美容点滴	1
□その他 ()	□ピアス【両耳/片耳/		·, · · · - · · · ·		-
	│□医療レーザー脱毛	L=011.2×.1			
	│ □ドクターズコスメ・サ □男性 AGA/女性の薄				
1)①でチェックをつけられた					
		へ計して扱んでするい。) バスの前付		O+ -4-T+
【必須】・いつ頃からですか?	•)_ とこの部位	ですか?図へ	·○をつけて下さり <i>○</i>
2) ①のご相談内容について、	、これまでに治療されたこ	とはありますか?			
(いいえ・はい) ≪はいと答え	えた方へ≫				
・治療内容(<u>)</u>		
・いつ頃ですか?()]Π(
・本日のご相談内容について、	、治療・施術を希望されま	すか?(いいえ・はい)		\mathcal{M}	
※ほくろ、イボ治療をご希!	望の場合、施術後10日以	内の受診が必要になりますが	可能ですか?(J	いいえ・はい)	88
② 今までに大きな病気や手術、					
いいえ・はい((并0)口) 口(亚0)	COXESTATO S PISEC TO	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	. ,	,
	* Alm * 11 - 211 2 2 1	11 - V. + + 1. 0			
③ 現在、服用されている内服	楽、外用楽、サフリメント	はこさいますか?			
いいえ・ <u>はい(</u>)
④ 現在、治療中の病気はござい	いますか?				
いいえ・ <u>はい(</u>)_
⑤ 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	とはございます	
いいえ・はい()
⑥【女性の方へ】 □妊娠してい	いない □妊娠の可能性が	ある □妊娠中 □授乳中 □	□閉経している		
⑦今までに感染症に罹患された。	ことはございますか? 🛚	B型肝炎 □ C 型肝炎 □	梅毒 □エイズ	□結核	<u>□なし</u>
⑧当院をどのようにお知りにな	11+1++2				
⑤目阮をとのようにわ知りにな	りましたか!				

・以前、大阪院/神戸院に通院していた ・LINE ・Instagram ・TikTok