予診票

令和８年９月２９日改訂

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ださい（複数回答可）

お悩み

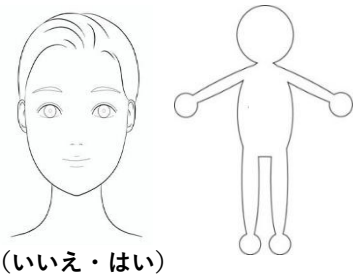
□ほくろ、イボ等のできもの
□シミ、そばかす
□アザ
□皮膚科全般診療
□ニキビ、ニキビ跡
□傷跡
□しわ
□たるみ
□頭髪
□化粧品の相談
□多汗症
□その他（　　）
□アートメイク(眉・リップ・アイライン)

ご希望の治療・施術

□レーザー治療【ほくろ／イボ／シミ／アザ／CO2 フラクショナル】
□美肌治療【光治療・タイタン・ジェネシス】
□ピーリング【グリコール酸・サリチル酸・セラピール・ララドクター・グロウピール】
□エステ【毛穴クリーニング・美肌Ｑ１０・イオン導入】
□ボトックス注射【表情じわボトックス・おまかせボトックス・花粉症ボトックス】
【肩こり・ふくらはぎ痩身・手汗・足裏の汗・頭の汗・ワキ汗・エラの張り】
□ヒアルロン酸注射【ボリュームアップ・肌質改善】
□肌育治療【ジュベルック注射・プルリアル注射・ジャルプロ注射・ピンクグロー注射】
□糸治療【ショッピングリフト・小顔美肌リフト・ぽにょりん糸】
□目元手術【目頭・目尻切開術／二重埋没法／二重全切開術／眉下リフト法／眼瞼下垂症手術】
□外科手術【乳頭縮小術／口唇縮小術／目の下のふくらみ取り】
□点滴／注射【白玉注射・点滴／プラセンタ注射】
□ピアス【両耳／片耳／ボディ】
□医療レーザー脱毛
□ドクターズコスメ・サプリメント・ルミガン・アップニークミニ点眼薬
□男性 AGA／女性の薄毛治療

1)①でチェック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。

【必須】・いつ頃からですか？（　　）　どこの部位ですか？図へ○をつけて下さい。



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）　≪はいと答えた方へ≫

・治療内容(　　)

・いつ頃ですか？(　　)

・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）

※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？（いいえ・はい）

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、服用されている内服薬、外用薬、サプリメントはございますか？

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　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（　　）

⑥【女性の方へ】　□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

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　□なし

⑧当院をどのようにお知りになりましたか？

・ご紹介（　　様）　・ホームページ（Yahoo／Google）➡公式サイト／スポンサーサイト

・以前、大阪院／神戸院に通院していた　・LINE　・Instagram　・TikTok　・ホットペッパービューティー

ご記入頂けましたら、受付までお持ちください。ありがとうございました。