

問診票（美容関係）

記入年月日／ 年 月 日

フリガナ		生	明治
氏名	男 ・ 女	年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日生（才）
住所	〒		
TEL		携帯	

◆当院をお知りになったきっかけは？

〔・保険通院者 ・HP ・紹介 ・当院の看板を見た ・自宅または勤務先から近いから ・その他 〕

◆ご希望のメニュー

(部位) : _____

◆現在、持病やケガなど治療中の病気はありますか？

また、歯の治療【インプラント、ブリッジ、矯正】をされていますか？ はい・いいえ

(病名) : _____

(症状) : _____

◆これまで受けられた美容の施術を記載して下さい。

【例】ボトックス、ヒアルロン酸注射、美白クリーム、シリコン、金の糸、二重まぶた等

(施術名、商品名 (わかる範囲で結構です)) : _____

(部位) : _____ (時期) : _____

◆今までに薬、注射、食べ物に対するアレルギー（じんましんがでたり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

・あり → 薬、注射、食べ物の種類 _____

・なし

◆現在、医師の治療をうけたり、服用している薬がありますか？

・うけている → 服用している → 薬の名前 _____

↳ 服用していない

・うけていない

◆現在、妊娠していますか？

はい・いいえ・わからない/不妊治療中である

◆施術前に、スタッフに伝えておきたいこと等ございましたらご記入下さい。

ご記入頂きましたら受付までお願い致します。診察までしばらくお待ち下さい。

医療法人社団 甲南回生 松本クリニック