

※印は必ずご記入をおねがいします。

問診票

記入日 年 月 日

※ピアス・薄毛治療・多汗症相談の方は、受付にて別の問診票をお受け取り下さい。

※ふりがな 氏名 (旧姓：)	※生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		歳	男 女
※ご住所 〒	職業	未婚・既婚	子供	人
※電話番号 (- -)				

- ※薬や麻酔の副作用でアレルギーの経験がありますか？ いいえ はい(薬品名：)
- ※女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？ いいえ 妊娠中(妊娠： ヶ月) 授乳中
- ・これまでにかかった病気はありますか？ いいえ はい(病名：)
 - ・現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい(病名：)
 - ・現在内服中の薬 (市販を含む) はありますか？ いいえ はい(薬品名：)
 - ・現在体内に金属をいれていますか？ いいえ はい(病名：)
 - ・喫煙はされますか？ いいえ はい(本/1日)
 - ・飲酒はされますか？ いいえ はい(本/1日)

◆ 本日は、どのようなお悩みでの受診ですか？

- 皮膚科 ニキビ・ニキビ跡
- あざ ほくろ しみ 巻き爪 わきが・多汗症(保険治療・ミラドライ)
- 毛穴 くすみ くま アートメイク ボトックス注射
- しわ たるみ 二重 ヒアルロン酸注入 刺青除去
- 薄毛治療 円形脱毛症 ED ダイエット相談

ピアス穴あけ《受付にて別の問診表をお受け取り下さい》 その他 ()

いつからどのような症状ですか？ また過去の治療歴があれば記入下さい。

〔 例：〇〇クリニックにてリンデロンVG軟膏を処方された。2020年4月～2020年6月まで使用等 〕

◆ 過去に石山院又は河原町院を受診されたことはありますか？

いいえ はい (院)

◆ 当院をどのように知りましたか？

- PCホームページ 携帯ホームページ インターネット (検索ワード)
- 他院からの紹介 (医院名) 家族・知人からの紹介 (紹介者)
- SNS (Instagram・フェイスブック・アメーバブログ・YouTube) リーフ ココミ広場
- 駅・看板 通りすがり その他 ()

◆ 当院をお選び頂いた理由をお聞かせください。

評判 価格 アクセス 実績 その他 ()

*LINEの登録はお済みですか？ はい いいえ (お友達登録でお得な特典・情報あります！)

◆ 近々に大切なイベントのご予定があれば、お知らせください

結婚式 同窓会 成人式 就職 その他 () ⇒日付 (年 月 日)

※ご記入いただきました個人情報は医療サービスの目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

ご記入いただきありがとうございます。