

自由診療 問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
お名前			明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( )歳
住所	〒 —		
電話番号			

該当する項目に☑をつけてご回答ください。

1.どのような症状に対して診察をご希望されますか？

- シミ・そばかす・肝斑      しわ・ハリ      たるみ      レーザー脱毛  
薄毛・AGA      点滴・注射      その他 ( )

2.部位はどこですか？

- 顔   頭   わき   胸   腹   背中   うで   手   下肢   足   ひげ  
耳   首   VIO   その他 ( )

3.その症状でこれまで治療を受けられたことがあればご記入ください。

- どこで： 他の医療機関   エステティックサロン   その他 ( )  
 どんな： レーザー   ケミカルピーリング   外用薬   内服薬   その他 ( )  
 いつごろ： ( )

4.アレルギーをお持ちの方はご記入ください。

- ぜんそく   薬剤 ( )   食物 ( )   ケロイド体質  
光線過敏   金属 ( )   その他 ( )

5.女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？または授乳中ですか？

- いいえ   妊娠の可能性あり   妊娠 ( )月   授乳中

裏面に続きます

**6.現在治療中の病気、内服しているお薬があればご記入ください**

\*お薬手帳があれば提示をお願いします。

( )

---

**7.今後大切な行事がご予定の方はご記入ください**

\*例：結婚式〇月〇日、運動会〇月〇日

( )

---

**8.お顔の診察を受ける方は正確な診断のため、お化粧を落とした状態で診察を受けて頂きます。**

(※クレンジングなどをご希望の方は受付にお申し出ください)

本日はどうしてもお化粧を落とすことができないので、このまま診察を受けることを希望します

---

**9.診断や治療に関してご希望があればご記入ください**

( )

---

**10.来院されたきっかけを教えてください**

ホームページ  ご家族が通院されている  紹介 (知人・病院： )

広告を見た  看板を見た  その他 ( )

---

ご協力、誠にありがとうございました。