

ID: _____

問診票 《美容皮膚科》

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女
ご氏名		
生年月日 : 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 () 才		
住所 : 〒 - 区 ・ 市 ・ 郡		
TEL : ()	携帯番号 : ()	
職業 :		

◇問 1. 現在お悩みの美容トラブルは何ですか？

【 _____ 】

◇問 2. ご自身で興味のある治療法は何ですか？

【 _____ 】

◇問 3. 今まで皮膚科クリニック等で美容治療を受けられたことはありますか？

あり ・ なし

⇒『あり』とお答えいただいた方、どのような治療を受けられましたか？

- ・ レーザー脱毛 ・ オーロラ等の IPL 光治療 ・ シミ取りレーザー ・ リファーム ST
- ・ タイタン ・ サーマクール ・ フラクセル等のフラクショナルレーザー ・ ホクロ取り
- ・ ボトックス注射 ・ ヒアルロン酸等の注入治療 ・ 美容注射
- ・ その他 (_____)

◇問 4. 今まで受けられた治療でトラブル（副作用）が生じたことはありますか？

あり ・ なし

⇒『あり』とお答えいただいた方は具体的に症状をご記入ください。

(_____)

◇問 5. どのくらいの間隔で治療に通えますか？該当するものを○で囲んでください。

《 ・ 約 2~3 週間に 1 回 ・ 約 1 ヶ月に 1 回 ・ 約 2 ヶ月に 1 回 ・ 約半年に 1 回 》

◇問 6. 近いうちに控えられているイベントはありますか？

あり ・ なし

⇒『あり』とお答えいただいた方、時期をご記入ください。《 _____ 月 _____ 日頃 》

※日付によってはお受けいただけない治療もございます。

◇問 7. 普段のスキンケアにお使いのものを○で囲んで下さい。

- ・ クレンジング ・ 洗顔 ・ 化粧水 ・ 美容液 ・ クリーム ・ UV カット
- ・ その他 (_____)

◇問 8. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

- ・ ご家族 ・ 知人の紹介（ご紹介者名 _____） ・ 近所に在住 ・ ホームページ
- ・ 以前、院長又は、副院長に診てもらったことがある ・ ポンテポルタ内にお勤めしている
- ・ その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。

待ち時間に、ショッピングモールなど、外出された

方は、ご連絡なくお申し出ください。

*** えのもとファミリークリニック ***