

# 問 診 票

ID \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日 ( 才 )
お名前		男 女			
ご住所	□□□-□□□□				
日中ご連絡のつくお電話番号      -      -					

## ★当院にご来院されたきっかけは何ですか？

院内    当院のホームページ    フリーペーパー    SNS (インスタ等)  
ご家族・知人のご紹介 (ご紹介者様 \_\_\_\_\_)

## ●本日はどのようなご相談でご来院いただきましたか？

- ・しみ    ・しわ    ・たるみ    ・ほくろ    ・毛穴    ・ニキビ (ニキビ痕)
- ・脱毛 (ご希望部位 \_\_\_\_\_) ・痩身 (お腹等) ・薄毛 (AGA) ・美容点滴

## ●気になる施術はありますか？

- ・BBL (シミ・美肌)    ・ヒアルロン酸 (たるみ)    ・ボトックス (しわ)
- ・レーザーフェイシャル (毛穴・顔脱毛)    ・フラクショナルレーザー    ・ダーマペン (毛穴)
- ・Qスイッチレーザー (シミ)    ・HIFU (たるみ)    ・ピーリング (ニキビ・美肌・毛穴)
- ・炭酸ガスレーザー (ホクロ)    ・イオン導入 (美肌)    ・ヴァンキッシュ (痩身)    ・ワキ汗

## ●今までに美容医療を受けたことはありますか？

はい・いいえ ( \_\_\_\_\_ )

## ●アトピー・光過敏症・ケロイド・アレルギー・喘息はありますか？

はい・いいえ ( \_\_\_\_\_ )

## ●定期的に服用しているお薬はありますか？

はい・いいえ ( \_\_\_\_\_ )

## ●女性の方にお伺いします

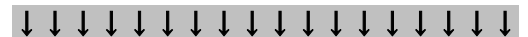
・妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

はい・いいえ

・現在、婦人科で治療中またはお薬をもらっていますか？

はい・いいえ ( \_\_\_\_\_ )

お顔の気になる箇所に○をお願いします



ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた個人情報は厳守されますのでご安心下さい。