

初回診療申込書

初診日				年	月	日	
ふりがな					性別	女 ・ 男	
氏名					ご職業		
生年月日	大・昭・平	年	月	日	才	配偶者	有 ・ 無
住所	〒						
電話番号 (2つ必須)	1 本人		2.緊急連絡先 (□御自宅 □御家族 □お勤め先 □その他)				

本日の受診希望 (いずれかに○) **自費診療** ・ **保険診療** ・ **相談して決めたい**

本日のご相談の内容をお選び下さい () 内も○で選択して下さい 今後気になる施術に關しましては下記 6.にご記入下さい	<input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング <input type="checkbox"/> ハイドロフェイシャル <input type="checkbox"/> イオン導入 <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル <input type="checkbox"/> Emax (オロラ ・ マトリクス ・ リファーム ・ トリニティ) <input type="checkbox"/> タイタン ・ サーマクール <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 ・ ポトックス <input type="checkbox"/> 美容点滴 ・ 注射, プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> エレクトロポレーション <input type="checkbox"/> 耳たぶピアス	<input type="checkbox"/> 水光注射 <input type="checkbox"/> フラクショナル CO2 レーザー ・ フラクショナル ニードル レーピー <input type="checkbox"/> しみ ・ 肝斑 ・ そばかす <input type="checkbox"/> 美白 ・ くすみ <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> 毛穴 ・ 毛穴の黒ずみ <input type="checkbox"/> ニキビ ・ ニキビ痕 <input type="checkbox"/> ホクロ ・ イボ <input type="checkbox"/> ウィルス性イボ (液体窒素 ・ 注射 ・ CO2 レーザー) <input type="checkbox"/> お薬 (エストロゲン ・ 漢方薬 ・ その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
--	---	--

1.いつから	2.部 位
--------	-------

3.症状は	かゆみあり ・ 痛みあり ・ 痛がゆい ・ 特に症状なし その他 ()
-------	---

4.経過は	良くなっている ・ 悪くなっている ・ 変わらない その他 ()
-------	--------------------------------------

5.この症状に対して市販薬または他院からの処方薬を使用しましたか?	いいえ ・ はい 薬の名前 () 使用期間 ()
-----------------------------------	----------------------------------

6.診察・治療についてのご希望等がございましたらお知らせ下さい。	
----------------------------------	--

既往歴 (今迄にした大きな病気等があればご記入下さい。)	病名	何才の時ですか?
------------------------------	----	----------

薬などでアレルギーがある方はご記入ください。	薬の名前	その他 (食べ物など)
------------------------	------	-------------

現在使用している薬等があればご記入ください。	薬の名前	何の薬ですか?
------------------------	------	---------

女性の方はお答え下さい。	妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない ・ 授乳中である
--------------	---------------------------------------

今迄に精神科や心療内科へ通院した事がありますか?	いいえ ・ はい	その時の病名 ・ 使用した薬
--------------------------	----------	----------------

歯医者さんなどで麻酔をしたことがありますか?	いいえ ・ はい	その時異常がありましたか? いいえ ・ はい
------------------------	----------	---------------------------

当院の WEB サイトはご覧になりましたか?	いいえ ・ はい
------------------------	----------

★当院ではお得なキャンペーン情報やメールマガジン限定のクーポンをメールにて送らせて頂いています。
ご希望の方はメールアドレスのご記入をお願い致します。
@

※ 自費診療メニュー希望の場合も、医師が皮膚の状態を診察しますので保険証をお持ち下さい。