美容皮膚科・美容外科　問診票　平成　　年　　月　　日

フリガナ お名前		性別 男 ・ 女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
住所	〒	
連絡先電話番号		

※当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。それに伴い下記の点についてご要望をお聞かせ下さい。

1. どのような症状に対して診察を希望されますか？また興味のある施術はありますか？

しみ ・ ほくろ ・ しわ ・ ニキビ跡 ・ 毛穴 ・ あざ ・ 赤ら顔 ・ 刺青除去
薄毛治療 ・ 美容点滴 ・ 脱毛 ・ 小顔 ・ ピアス ・ 二重 ・ プチ整形 ・ 多汗症
その他（　　）

2. それは体のどこですか？

顔 ・ 頭 ・ 胸 ・ 腹 ・ 背中 ・ 腕 ・ 手 ・ 足 ・ その他（　　）

3. その症状に対してこれまでに治療を受けられたことがありますか？

はい ⇒ 他の病院 ・ エステサロン ・ その他（　　） ・ いいえ
どのような治療を受けられましたか？ ⇒（　　）

4. これまでにお薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

はい ⇒ 飲み薬（　　）・注射（　　）・いいえ
症状 ⇒ 気分不良 ・ 発疹が出た ・ その他（　　）

5. 現在治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 病名（　　） ・ いいえ

6. 現在服用しているお薬の種類を教えてください。

（　　）

7. 女性の方にお聞きします。

妊娠中かその可能性がある ・ 妊娠していない ・ 授乳中である

8. 当院に来院されたきっかけは？

知人の紹介 ・ 病院からの紹介 ・ 広告を見た ・ ホームページを見た
法人からの案内 ・ その他（　　）

9. 今後何か大事なご予定はありますか？（同窓会・成人式・披露宴 など）

はい⇒ 予定日　月　日 ：内容（　　） ・ いいえ

10. 当院でキャンペーン等を行う際、DM をお送りしてもいいですか？
はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。　　**北条クリニック はしもと**