

【問 診 票】

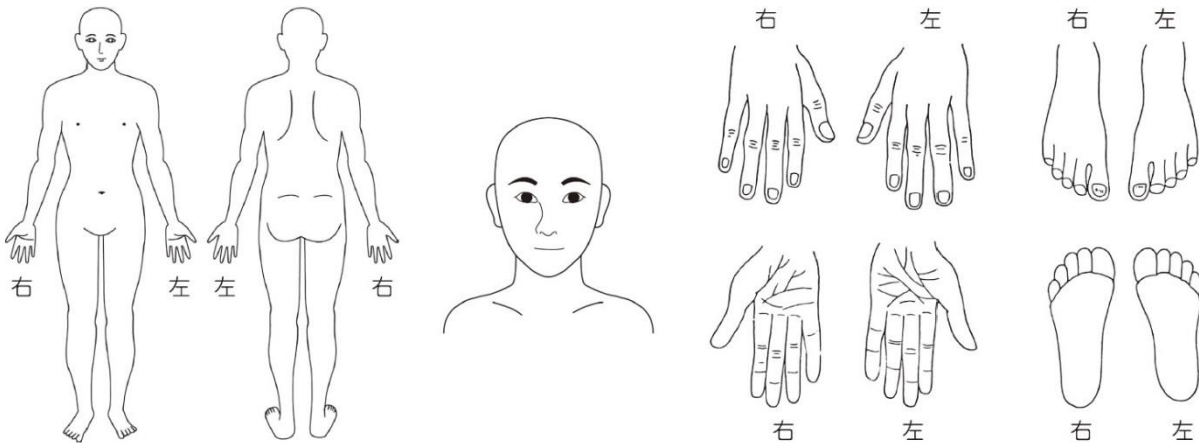
年 月 日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
住所	〒 (-)			
電話番号	自宅： 携帯：	身長 体重	cm kg	職業

1. どのような症状ですか？

2. 症状が出たのはいつごろからですか？
 ()年 ()月 ()日ごろからある。又は (日週前)前からある。

3. 部位に○をつけてください。



4. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ → はい いいえ
5. 現在、他の医療機関に通院していますか？ → はい いいえ
 医療機関名()受診日・治療内容等()
6. 現在、処方されている薬はありますか？ → はい いいえ
 薬剤名・用量()投薬期間()
7. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？ → はい いいえ
 病名()時期・医療機関・治療内容等()
8. アレルギーをお持ちですか？ → はい いいえ
 原因となったもの()症状()
9. 女性の方で該当される方のみご記入ください。
現在妊娠している(ヶ月) 妊娠する予定がある 授乳中
10. 当院では、自費診療もおこなっております。

ご興味がある施術がございましたら、チェックをいただくようお願いいたします。

- 医療脱毛 (希望部位：) いぼ・ほくろ取り治療 (炭酸ガスレーザー)
- フォトフェイシャル・レーザーフェイシャル シミ取り治療 (Qスイッチルビーレーザー)
- エレクトロポレーション ケミカルピーリング AGA (男性型脱毛) 治療
- 美白化粧品 (ハイドロキノン・レチノール・高濃度ビタミンC 配合美容液) 医療用化粧品
- ニキビの自費治療 (ケミカルピーリング・レーザーフェイシャル・アゼライン酸高濃度配合クリーム)
- すすりん皮膚科クリニック