

美容診療 問診票

ふりがな		受診日	年 月 日
お名前	様	現在妊娠、授乳されていますか(女性のみ)	
生年月日	年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠希望 <input type="checkbox"/> 授乳中
ご住所	〒 -		
お電話	ご自宅 () 携帯 ()		
メールアドレス	@docomo.ne.jp / ezweb.ne.jp / i.softbank.jp / gmail.com ※上記以外の場合はご記入をお願いします @ 上記メールアドレスにご連絡する場合がありますが、よろしいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 口コミ / インターネット / SNS <input type="checkbox"/> 友人・家族の紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> チラシ		

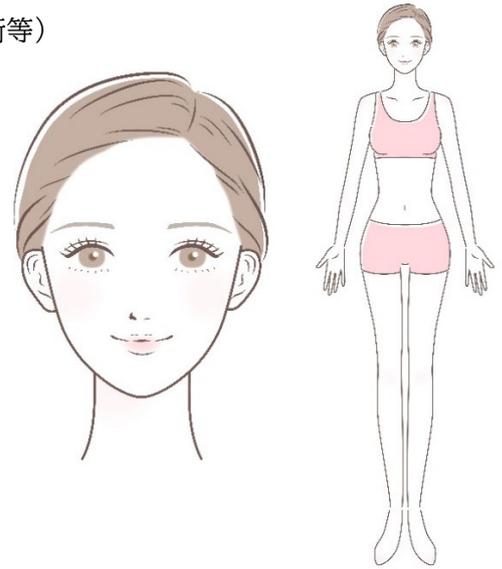
■ ご希望の施術はございますか？

◆ 該当の項目に をつけてください。

◆ イラストの症状のある部位を囲んでください。

- 二重埋没法 目周りの手術(目頭切開、眉下リフト、下眼瞼除皺術等)
- クマ取り手術(経結膜脱脂術) ヒアルロン酸 ボトックス
- 糸リフト 脂肪溶解注射 脂肪吸引/バツカルファット
- 鼻 ほくろ 多汗症、ワキガ 婦人科形成
- 医療脱毛 美肌レーザー AGA 美容点滴/注射

その他ご自由にご記入ください



■ 本日の施術をご希望ですか？ いいえ はい 先生と相談

■ 美容医療のご経験はありますか？ いいえ はい

(時期: 施術名:)

■ 本日または2週間以内に、大事なご予約がありますか？ 例:同窓会、結婚式、レジャーなど

いいえ はい (予定日: 内容:)

※裏面もご記入をお願い致します。

