

受診日	年 月 日	カルテNO	※ID (当院記入)
ふりがな		ご職業	
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	西暦 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		
	その他	@	
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"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 保険治療で受診歴あり <input type="checkbox"/> ご家族が通院している <input type="checkbox"/> 看板をみて		
	<input type="checkbox"/> ご紹介(紹介者名 )		

①ご相談内容に○をつけてください

※当クリニックでは守秘義務を厳守致します

- ・シミ、美白 ・くすみ ・肝斑 ・シワ ・たるみ ・ニキビ ・ニキビ痕 ・毛穴の開き
- ・赤ら顔 ・レーザー脱毛 ・育毛 ・抜け毛 ・健康維持(点滴、注射、サプリメント)
- ・その他希望治療など( )

②気になる症状は、いつ頃から、どのような症状ですか

また、どの部位ですか(イラストにあれば○をつけてください)

時期 年 月頃から ・ よく分からない

症状	
----	--



③上記の内容について、どちらかでご相談されたことはございますか

はい いいえ

※「はい」の方

- 病院名 ( )
- エステ ( )
- その他 ( )

年 月頃

治療・施術の効果は実感ありましたか

はい いいえ

治療、施術内容

※裏面もお願い致します

④治療中のご病気はありますか？

はい→病名( ) いいえ

内服しているお薬の種類と服用開始の時期について教えてください

薬品名( ) ・開始時期( )

現在、内服しているサプリメント、ビタミン、補助食品はありますか？

はい→( ) いいえ

⑤以下の病気、体質をお持ちの方はご記入ください(当てはまる所に○をつけてください)

アトピー性皮膚炎 ぜんそく アレルギー鼻炎 アレルギー性結膜炎  
寒冷蕁麻疹 薬剤・注射アレルギー( )  
食物アレルギー( ) 金属アレルギー( ) 光線過敏  
ケロイド体質 糖尿病 その他( )

当てはまるものがあれば教えてください

シリコン・インプラントが入っている 金の糸・金属の板などが入っている  
狭い所で恐怖を感じる 鼻・耳の調子が悪い

これまで点滴・注射でお困りになったことはありますか？

具合が悪くなった 腫れた 痕が残った 血管が出にくい その他

⑥化粧品等でかぶれた経験はありますか？

ない ある(メーカー、目的、成分 )

⑦日焼け止めを使用していますか？

はい (1日 回/ 時間ごと) いいえ

⑧今後、何か大事なご予約はありますか？(結婚式・同窓会・成人式・旅行etc)

はい いいえ 年 月

⑨その他、お悩み・気になること・ご質問があればご記入下さい

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

当院では個人情報保護法に基づき、個人情報を厳正に管理し、プライバシーを保護するよう最大限務めております。お預かりしましたお電話番号に、緊急※の場合、お電話を差し上げてよろしいでしょうか？

(はい・いいえ) →(はい)の場合→(上記 電話番号・携帯電話)

※(緊急とは、機械の故障や、予定外の休診などが起こった場合に予約の調整をお願いする場合です)

♥ 特に、ご興味、ご希望の治療メニュー・機器がございましたら、○をつけてください。

- ・ハイフ(ウルトラフォーマーⅢ) ・ピコシユア ・ピコトーニング ・ピコフラクショナル ・フラクショナルRF
- ・トリニティプラス(イーロスプラス) ・マイクロニードル(ダーマペン4) ・ダイオードレーザー脱毛
- ・マッサージピール ・ヴェルベツトスキン ・リバースピール ・高濃度ビタミンC点滴 ・血液オゾン点滴