自由診療 問診票

						男			•	月日		
氏名						•	昭和	・平成	・令和			
7 771						女		年	月	日生	()
住所	₹	_										
電話番号												
該当する項目	目に ☑ を~	つけてご回	答ください	/ \								
1. どのよう	な診察を	とご希望さ	れますか	?								
□脱毛	□フェ	ェイシャル	[□タトゥ	一除去		口内	服				
□点滴・注射	4	口その	他()							
2. 部位はと	ごこですか	7 3										
□顔 [□首	□わき						□腕		脚		
	□首	□わき						□腕		脚		
□顔 [□首	□わき								脚		
□顔 [□ひげ [□首 □うなじ 	□わき□おしり) [その他	()		脚		
□顔 [□ひげ [3. これまで	□首 □うなじ 	□わき□おしり) [その他	()		脚		
□顔 [□ひげ [3. これまて 【脱毛】]首]うなじ *脱毛や フ	□わき □おしり 	□VI(⊝ □	その他	があれ	しばご託)	さい	脚		
□顔 [□ひげ [3. これまて 【脱毛】 □他のB]首]うなじ *脱毛や フ 医療機関	□わき □おしり 	□VI(ル治療を テティッ:) □ 受けられ クサロン	」その他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	があれ	しばご託)		脚		
□顔 [□ひげ [3. これまて 【脱毛】 □他の問 いつご]首]うなじ *脱毛や 医療機関 ごろ:(最	□わき □おしり 	□VI(ル治療を テティッ:) □ 受けられ クサロン	」その他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	があれ	しばご託)	さい	脚)
□顔 □ □ひげ □ 3. これまで 【脱毛】 □他の問いつご 【フェイシ・	□首 □うなじ 『脱毛や プ 医療機関 ごろ:(最)	□わき □おしり フェイシャ □エス 終 年	□VI(ル治療を テティッ: 月頃) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	l その他 したこと 位:	(があれ その他)	さい	脚)
□顔 □ □ひげ □ 3. これまで 【脱毛】 □他の問いつご 【フェイシ・	□首 □うなじ ■脱毛や 医療機関 ごろ:(最) マル】	□わき □おしり フェイシャ ②エス 終 □エス	ル治療を テティッ: テティッ:	受けられ クサロン) (部 クサロン	l その他 たこと 位:	(があれ その他 その他	ばご記 . ()	さい	脚)
□顔 □ □ひげ □ 3. これまて 【脱毛】 □他の問 いつご 【フェイシ・□他の問	言 うなじ 脱毛や だろ:(最 で 火 を 接 が、 し	□わき □おしり フェイシャ ②エス 終 □エス	レ 治療を テティッ: テティッ: チティッ: ある治療	受けられクサロンクサロンがあれた	その他 たこと 位: ばご記入	(があれ その他 その他	ルばご記 ((さい)))		~~~~~)
□ ∅ □ □ □ □ U i i i i i i i i i i i i i i i	言 うなじ 脱毛や だろ:(最 で 火 を 接 が、 し	□わき □おしり フェイシャ 終 □ エ を たこ フト	レ 治療を テティッ: テティッ: チティッ: ある治療	受けられクサロンクサロンがあれた	その他 たこと 位: ばご記入	(があれ その他 その他	ルばご記 ((さい)))		ン 等))
□ 顔 □ □ ひげ □ □ ひげ □ □ れまて 【脱毛】 □ 他 い イ シ · □ と こ こ に れま	〕 す が が が が が が が が が が が が が	□わき □おしり フェイシャ 終 □ エ を たこ フト	□VI(ル治療を テティ 月頃 テティ 治療 □ 点	受けられクサロ部クサあれにがあれた	その他 たこと 位: ばご記入	(があれ その他 その他	ルばご記 ((さい)))		ン等))

妊娠中ですか □はい □いいえ 授乳中ですか □はい □いいえ	
6. 現在治療中の病気、内服しているお薬があればご記入ください *お薬手帳があれば提示をお願いします	
()
7. 今後大切な行事を予定されている方はご記入ください *例:結婚式○月○日、運動会○月○日	
()
8. お顔の診察を受ける方は正確な診断のため、お化粧を落とした状態 (クレンジングなどをご希望の方は受付にお申し出ください)□本日はどうしてもお化粧を落とすことができないので、このまま診察を	
9. 診断や治療に関してご要望があればご記入ください	
()
10. 来院されたきっかけを教えてください	
□ホームページ □家族が通院している □紹介(知人・病院:□SNS □その他())

ご協力、誠にありがとうございました

5. 女性の方のみご記入ください

