

問 診 票

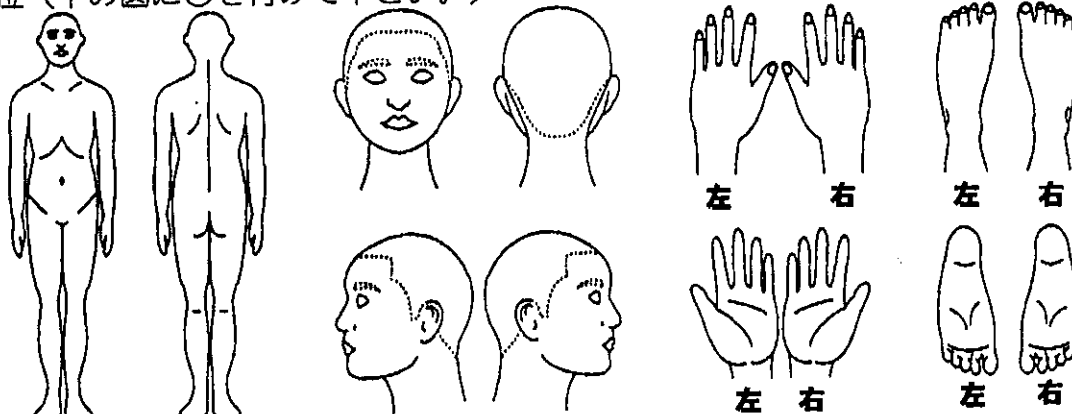
令和 年 月 日

フリガナ	姓	名	男	生年月日
氏名			女	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所	(〒)		電話 ()	
職業 (具体的に)				身長 cm 体重 kg

① いつから、どんな症状がありますか？

- ☆ いつから [年前 ヶ月前 週間前 日前] から
- ☆ 症状・・・かゆい・痛い・ニキビ・いぼ・水いぼ・あざ・ほくろ・シミ
その他 []
- ☆ 美容・・・ピアスを開けたい・レーザー脱毛の説明を聞きたい・ヒアルロン酸注入希望
ボトックス注射希望・美容注射希望(プラセンタ・にんにく注射・αリポ酸)
ダイエットサプリについて聞きたい
その他 []

☆ 部位(下の図に○を付けて下さい。)



② 現在、他の病気で治療されていますか？

病名 [] 病院名 []

③ 今までに、どんな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

- 1) 蕁麻疹 2) 喘息 3) 花粉症 4) 緑内障 5) 糖尿病 6) 心疾患 7) 高血圧
- 8) 肝疾患 9) 腎疾患 10) 前立腺 11) 手術 ()
- 11) その他 ()

④ 薬・食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？

☆ない ☆ある・・・薬、食べ物の名前 []

⑤ 日頃、自動車やバイクの運転をよくされますか？

☆はい ☆いいえ

⑥ 女性の方にお聞きします。

☆現在、妊娠している (ヶ月) ☆可能性あり ☆可能性なし

☆現在、授乳中ですか？・・・はい いいえ

⑦ その他、伝えておきたい事がありましたらご記入ください。