

問 診 票

記入日： 年 月 日

| | | | |
|------|-----|--|-------------------------|
| ふりがな | | | |
| 氏 名 | | | 昭・平・令 年 月 日 (満 歳) |
| 住 所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | 自 宅 | | 携 帯 |
| 職 業 | | | |

■ **当院での美容皮膚科のご相談・治療は、保険適応外(自由診療)となります。**
(初回カウンセリング料：3,300円、再診料：1,100円、Re-Beau撮影：2,200円)

■ **本日はどのようなご相談内容でご来院されましたか？該当するものに○をつけてください。**

※なお、当院では内服薬のみでの しみ、肝斑治療 は行っておりません。

しみ そばかす 肝斑 くすみ しわ たるみ キメ ハリ
赤ら顔 毛穴 にきび・にきび跡 脱毛 ピアス (両耳・片耳)

* その他にご相談があればご記入ください。

■ **他の美容皮膚科で施術を受けたことはありますか？**

はい (施術名：)
いいえ

■ **女性の方へお聞きします。**

現在 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい (月)
授乳中ですか？ いいえ はい (お子様の月齢： 歳 月)

■ **ご希望の施術等があれば、チェックをつけてください。**

- レーザー治療 (全顔 ・ 一部)
- 高周波 (RF) によるたるみ治療
- ケミカルピーリング
- 脱毛 (希望部位： _____)
- 点滴・注射 (超高濃度VC点滴 ・ NMN点滴 ・ グルタチオン注射)
- ヒアルロン酸注入
- ボトックス注入
- 脂肪溶解
- 医師と相談して決めたい

■ **当院受診のきっかけを教えてください。**

1. 自宅から近い
2. 家族・知人の紹介 (_____ 様の紹介)
3. HPをみて
4. その他 (_____)