

# 問 診 票

記入日： 年 月 日

ふりがな				昭・平・令
氏名				生年月日 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 ( \_\_\_\_\_ )