

当院では、個人情報保護法に基づきお預かりした情報を厳正に管理しプライバシーを尊重・保護するよう努めております。

ふりがな			生年月日
氏名	様 (男・女)		西暦 年 月 日 歳
職業	会社員・会社役員・自営業・専門職・アルバイト・パート・主婦・学生・無職・その他()		
住所	〒		
電話番号 (2つ必須)	台風などによる豪雨や地震などの災害時に、診療時間の短縮や臨時休診をさせていただく場合があります。緊急時のご連絡先は必ず2つご記入ください。		
	1)本人 ()	2)緊急連絡先: <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> その他 ()	

現在使用中の薬はありますか? (飲み薬・塗り薬など)	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある (薬の名前/ (使用期間/
既往歴(今までかかったことのある病気)	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(病名/ いつ頃/
次の疾患にかかったことがある方は チェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()
アレルギーのある方はチェックを 入れてください	<input type="checkbox"/> 金属アレルギー() <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー() <input type="checkbox"/> 麻酔アレルギー() <input type="checkbox"/> 食物アレルギー() <input type="checkbox"/> 日光アレルギー <input type="checkbox"/> その他()
精神科や心療内科への通院歴	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(病名/ 使用した薬/
美容治療経験について(過去・現在)	今までに何らかの美容治療・美容施術や美容整形手術を受けたことがありますか?(脱毛・エステ含む) <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(内容/ 時期/
妊娠の可能性について お伺いします	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はある <input type="checkbox"/> 授乳中である <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 不妊治療中である

本日の症状や ご相談内容をご記入ください	
-------------------------	--

治療のご希望をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 自費治療(保険適応外)の治療を希望 <input type="checkbox"/> 保険内の治療のみを希望 <input type="checkbox"/> 保険内を希望するが、治療の内容によっては自費治療も検討
-----------------	---

<お悩みや治療について> 今後治療を希望する内容を ①~⑬の中から選び 優先度の高いものから カッコ内に記入してください	① ニキビ・吹き出物 ② ニキビ痕の色や凸凹 ③ 毛穴の開き・詰まり・ざらつき・黒ずみ ④ しみ・そばかす・肝斑・くすみ・色素沈着 ⑤ しわ・たるみ ⑥ 目周り(クマ・しわ・たるみ等) ⑦ 二重あご・顔の脂肪・小顔にしたい	⑧ 敏感肌・乾燥・赤み ⑨ 美容注射・美容点滴 ⑩ 処方薬・漢方薬 ⑪ 多汗症 ⑫ イボ・ホクロ除去 ⑬ その他()
	()→()→()→()→()→()→()	

今後何か大事なご予定はありますか? (結婚式・成人式・同窓会など)	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(内容/ 時期/
--------------------------------------	---

1ヶ月以内に日焼けを[した]または [する]ご予定はありますか	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> ある [西暦 年 月 日頃] 海外旅行・海水浴・屋外スポーツ・アウトドア・その他()
------------------------------------	--

本日の希望終了時間	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> ある(できれば 時まで)にクリニックを出たい
-----------	---

ご紹介者によるご来院の方 (ご紹介者の情報をご記入ください)	① ご紹介者のフルネーム:()様
	② ご紹介者の(カルテ NO:)または(お誕生日: 月 日)

ご紹介特典を受けるには、ご紹介を特定するために①および②の情報が必要です。ご記入がない場合は特典が受けられませんのでご了承ください。

★お得なキャンペーン情報などのメールマガジンを希望される方はメールアドレスをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 希望する () @ () <input type="checkbox"/> しない
--