

No

平成 年 月 日

ふりがな		TEL	自宅	
ご氏名			携帯	
		e-mail		
ご住所	〒			
生年月日	昭和・平成	年	月	日
		ご職業		

1. 本日のご相談内容をお選びください。
しみ・ほくろ・たるみ・しわ・くすみ・毛穴・ニキビ・赤ら顔
ダイエット・疲労・脱毛・薄毛・その他 ()
2. その内容に関して今までに治療や施術を受けたことがありますか。
()
3. 今までに、あるいは現在、かかっている病気はありますか。
()
4. 現在飲まれているお薬はありますか。
()
5. お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか。
()
6. お顔やお身体に銀歯以外の金属が入っていますか。
部位と種類 ()
9. 妊娠の可能性 ある ・ ない
10. 以下の項目ではまるものがある場合は○をお付けください。
アレルギー疾患 口唇ヘルペス ケロイド体質 呼吸器疾患 心臓疾患
糖尿病 高血圧
11. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか。
・通りがかりに ・HP ・新聞折込 ・電柱広告 ・バス車内放送 ・美ST ・美人百花
・世田谷ライフ ・郵便局 ・ご紹介 (様より) ・その他 ()
12. 緊急連絡の場合、留守番電話にメッセージを残させていただいてよろしいですか。
はい ・ いいえ
13. キャンペーン等のお知らせをお送りしてもよろしいですか。
はい ・ いいえ
*はい と答えられた方はお知らせの方法をお選びください。
・ e mail ・ 郵送
(上記記載のメールアドレス、またはご住所へ送らせていただきます。)

注) お支払にはクレジットカードがご利用いただけますが、保険診療に関しては現金払いとなりますので
ご了承ください。

※ご記入いただいた内容は、医療的に連絡が必要な場合、法令に基づく場合、また上記お知らせを希望される方のみにご利用させていただきます。

ご協力ありがとうございました。

松原皮ふ科・形成外科