

No _____

年 月 日

| | | | | |
|------|---------|--------|----|--|
| ふりがな | | TEL | 自宅 | |
| ご氏名 | | | 携帯 | |
| | | e-mail | | |
| ご住所 | 〒 _____ | | | |
| 生年月日 | 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. 以下の項目であて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