# 問　診　票

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 年　　齢 | 歳 | |
| 氏　　名 | | 生年月日 | T・S・H・R<br>年　　月　　日 | | |
| 住　　所 | 〒（　　－　　） | | | 体　重 | kg |
| 電話番号 | 自宅：　　携帯： | | | 職　業 | |
| アルコールのアレルギーの有無　　□有　　□無 | | | | | |

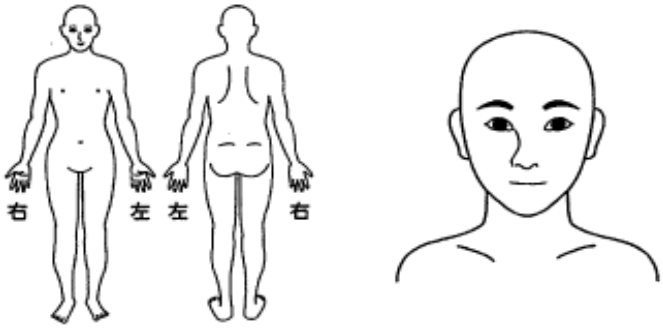
**1．症状が出たのはいつごろからですか？**

（　　）年（　　）月（　　）日ごろからある。

**2.　どのような症状ですか？**

（　　）

**3．部位はどこですか？（図に書いて下さい）**




**4.　上記の症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？　□いいえ　□はい**

はいの方　→　病院名（　　）　　※お薬手帳があれば

治療（　　）　　ご提示願います。

**5.　現在治療中の病気はありますか？　□いいえ　□はい**

□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□喘息　□花粉症

□その他（　　）

内服中のお薬（　　）

**6.　アレルギーをお持ちですか？　□いいえ　□はい**

□薬剤（　　）□食物（　　）

□その他（　　）

**7.　女性の方で該当される方のみご記入ください。**

□現在妊娠している（　　ケ月）　□妊娠する可能性がある　□授乳中

**【自費診療に興味のある方はこちらもご記入ください。】**

**★自費診察初診料2,200円/自費再診料1,100円（保険適用外です）**

**1.　どのような症状に対して診察をご希望されますか？**

（　　）

**2.　どのような治療に興味がありますか？**

□外用（トレチノイン、ハイドロキノン）□薄毛治療　□注射（プラセンタ、にんにく）

□ケミカルピーリング　□マッサージピール　□超音波導入　□ＢＲＡ

□イオン導入　□レーザー治療　□ボトックス

**3.今までに受けたことのある施術、使用したことのある化粧品を教えてください。**

（　　）