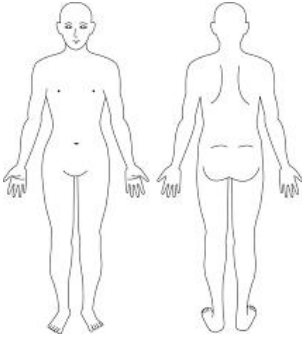


新患 問診票

フリガナ		性別	男・女
氏名		職業	
生年月日	年 月 日 (歳)	体重	kg
住所	〒		
Eメールアドレス		電話番号	

1. いつから、どこに、どのような症状がありますか。部位に○をつけてください。



いつから()
 部位 ()
 症状 ()

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい 病名()

3. 現在使用しているお薬はありますか？

いいえ はい 薬名()

4. これまでかかったことのある病気はありますか？

いいえ はい 薬名()

5. これまでお薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

いいえ はい 薬名()

6. 女性の方はお答えください。

妊娠中である 授乳中である

7. 自費治療をご希望されますか？

しない する

するとお答えになった方は下記を記載してください。

ご予算：

ご興味のある施術：

8. 当院をどのように知りましたか？

知人、家族の紹介 HP を見て instagram をみて 病院からの紹介()病院

その他()

ご記入いただき、ありがとうございます。

受付まで提出してください。



調布スキンケアクリニック