

記入日 令和 年 月 日

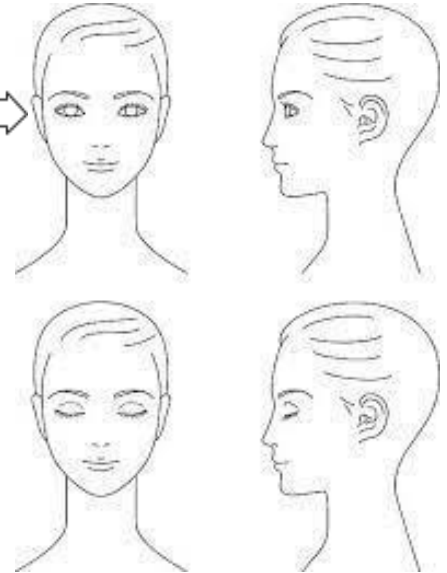
問診票(美容相談)

ふりがな		性別	男 女	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 (歳)
ご住所	〒 ()				
連絡先	eメール @		携帯電話 (- -)		
緊急連絡先	氏名もしくは勤務先		携帯電話 (- -)		

① 相談内容(☆複数ある場合は優先順位が高いものからご記入ください)

- (1) お悩み/部位()
いつから ()
- (2) お悩み/部位()
いつから ()
- (3) お悩み/部位()
いつから ()

部位に印を
お願いします



② 希望される治療内容を教えてください。

自費治療 ・ 保険治療 ・ 自費治療と保険治療を組み合わせで行いたい
特に決めていない ・ 提案を聞いてから決めたい

③ 今まで美容医療の治療経験はございますか？(脱毛も含む)

☐ なし ☐ あり (内容:)
(最後に受けた時期:)

④ 治療中の疾患はございますか？

☐ なし ☐ あり(疾患名:)

⑤ 現在内服薬は服用されていますか？(ピル、サプリメントも含む)

☐ していない ☐ している(薬剤名:)

⑥ 現在外用薬は使用されていますか？(ピーリング剤も含む)

☐ していない ☐ している(薬剤名:)

⑦ 普段使用しているスキンケア商品はございますか？

商品名(化粧水: 乳液: 美容液:)

⑧ 化粧品でかぶれたことはございますか？

☐ なし ☐ あり(製品名:)

⑨ 現在妊娠中、授乳中ですか？

☐ 妊娠中(ヶ月) ☐ 授乳中 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 妊娠の可能性なし

⑩ 麻酔やお薬などのアレルギーはございますか？

☐ なし ☐ あり

⑪ 当てはまるものがあれば✓をお願いいたします。

☐ 日焼けしている ☐ 光線過敏 ☐ ケロイド体質 ☐ アートメイクをしている

☐ プレートやインプラントなどを埋め込む手術をしたことがある(部位:)

→裏面もご記入お願いいたします

⑫ 当院を知ったきっかけを教えてください。

- ☐ 当院のインスタをみて
- ☐ 当院のホームページをみて
- ☐ 当院のLINEをみて
- ☐ 看板をみて(ララガーデン立体駐車場の出口前)
- ☐ GoogleやYahoo!で検索(検索した言葉:)
- ☐ その他

《個人情報の取り扱いについて》

上記の個人情報の文言は、当院診療に関わる事以外の利用や第三者への提供は一切ございません。

【ファミリア皮膚科長町 公式ライン】



お友達登録で当日から自費施術に使える1000円クーポンGET♪

※自費のお会計の合計が5000円以上でご利用いただけます。

【ファミリアクリニック公式アプリ】



iPhone



Android

来院ごとにポイントがたまる♪
貯まったポイントはクーポンと交換できます。
クリニックの情報や医師勤務表の掲示を行っております。

問診票のご記入お疲れ様でした。