

問診票					
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(- -)	

→裏面のご記入もお願い致します。

*何を見て当院を知りましたか？

- ☐ファミリア皮膚科長町の方に通院したことある→(長町院で担当した医師_____先生)
- ☐知人・家族の紹介(ご紹介者のお名前_____さん 関係性:_____)
- ※ご紹介カード ☐あり ☐なし
- ☐当院のインスタグラムをみて ☐チラシをみて ☐バス車内放送をきいて
- ☐のぼり旗をみて(サンデー駐車場)
- ☐看板をみて(サンデー駐車場の出口前) ☐②看板をみて(荒井) ☐看板をみて(西友前)
- ☐Google.Yahoo!キーワード検索(_____)←検索した言葉を教えてください
- ☐その他(_____)

*ご来院手段を教えてください。

- ☐車 ☐電車 ☐自転車 ☐徒歩 ☐その他(_____)
- (所要時間:およそ_____分)

*当院では、保険診療以外に美容治療を実施しています。興味あるものをチェックしてください

☐ しみ治療	☐ 肝斑	☐ しわ・たるみ
☐ レーザー脱毛	☐ ホクロ・できもの除去	☐ 薄毛
☐ 赤ら顔	☐ ニキビ治療	☐ ピアス

《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。

《お得な情報のお知らせ》

え

クリニックのLINE公式アカウントです。

お得なクーポンやキャンペーン情報、休診のお知らせをいち早くお届けします。

この機会にぜひご登録ください。



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♪
問診票のご記入ありがとうございました。