

お名前	ふりがな	性別	生年月日
		女・男	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
ご住所	〒 -	TEL	
		携帯TEL	
連絡可能な時間帯		職業	

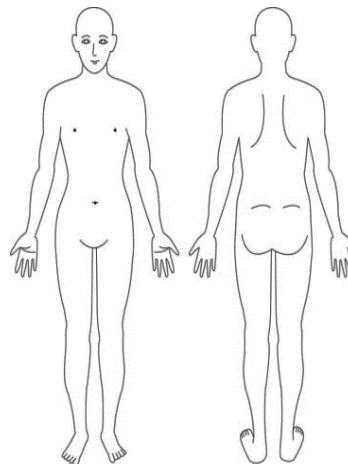
※ 住所・自宅の電話番号等、変更になった場合は必ず受付にお申し出ください。

①気になるシミの箇所に、○印をつけてください。

【お顔の方】



【お体の方】



②そのシミはいつからありますか？

小さい時から ・ ()年程度前から ・ ()ヶ月程度前から ・ ()日程度前から

③ここ数年以内に、そのシミの大きさや色の変化はありますか？

(ある ・ ない)

④今までに、以下の内容でアレルギーを起こしたことがありますか？

1. 薬のアレルギー : ない ・ ある ➡ ()

2. テープかぶれ : ない ・ ある

⑤ケロイド体質や色素沈着になりやすい体質と言われたことはありますか？

(ある ・ ない)

⑥現在、医療機関において治療を受けている病気はありますか？

(いいえ ・ はい)

⑦現在、内服しているお薬はありますか？

(いいえ ・ はい)

⑥現在、妊娠中または授乳中ですか？

(いいえ ・ はい)

⑧今後、日焼けをするご予定はありますか？

(いいえ ・ はい (いつ頃 :))

⑦どのようにして当院をお知りになりましたか？

- 知り合いからの紹介
 駅案内
 当院サイト
 地域新聞
 口コミ広場
 バス案内
 看板
 千葉ジェッツ
 その他()