フェイシャル　問診票

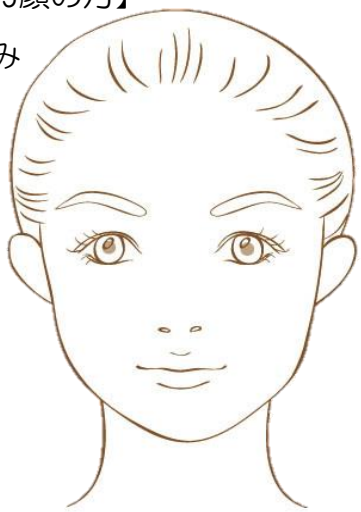
年　　月　　日　担当:

お名前	ふりがな	性別	生年月日	
		女 ・ 男	大･昭･平　　年　　月　　日（　　才）	
ご住所	〒　　ー		TEL	
			携帯TEL	
連絡可能な時間帯			職業	
メールアドレス　　@			クリニックからのDMを送付してよろしいでしょうか	はい ・ いいえ

※ 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どのような症状に対して診察をご希望されますか？

【お顔の方】



□シミ　□そばかす　□肝斑　□くすみ　□毛穴の開き　□しわ・たるみ
□スキンケア・ホームケア　□その他（　　）

②その症状に対して、これまで治療を受けた事はありますか？

□はい　・いつ頃（　　）□医療機関　□エステティックサロン
・どのような治療（ ・レーザー　・ 内服　・ハイドロキノン ）
□いいえ

③そのシミはいつからありますか？

・小さい時から　・　10年以上前から　・　数年前から　・　1年以内

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　：□ある　（　　）　□ない
2．テープかぶれ　：□ある　（　　）　□ない

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？

□はい（　　）　□いいえ

⑦現在、内服しているお薬はありますか？

□はい（　　）　□いいえ

⑧現在、妊娠中または授乳中ですか？

□はい　□いいえ

⑨今後、日焼けをするご予定はありますか？

□はい　・いつ頃（　　）　□いいえ

⑩予約完了メールに添付しました　カウセリング前のご案内動画　を観て頂きましたか？

□はい　□いいえ

⑪どのようにして当院をお知りになりましたか？

□知り合い・家族からの紹介　□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（　　）