

(ご記入いただいた個人情報は、診療目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしませんので記入漏れがないようご記入をお願いいたします)

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	年齢	体重
氏名					歳	kg
ご住所	〒 ー		電話番号	日中ご連絡が取りやすい電話番号をご記入下さい		
			仕事内容	皮膚症状に関連する場合がございますので記載をお願いします		

あてはまるものに をいれてください。

1.ご希望の施術 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 <input type="checkbox"/> ボトックス <input type="checkbox"/> スキンブースター <input type="checkbox"/> ケアシス <input type="checkbox"/> デンシティ <input type="checkbox"/> ハイドラブースター <input type="checkbox"/> ピコレーザー <input type="checkbox"/> 炭酸ガスレーザー <input type="checkbox"/> ピーリング <input type="checkbox"/> アートメイク <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()					
2.お悩みは何ですか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> そばかす <input type="checkbox"/> シワ <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> ニキビ跡 <input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> 肌荒れ <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> その他 ()					
3.他院やエステサロン等で 治療を受けたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」の方 治療時期 () 治療内容 ()				
4.今後何か大切なご予定は ございますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」の方 予定日 () <input type="checkbox"/> 結婚式 <input type="checkbox"/> 同窓会 <input type="checkbox"/> 成人式 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他 ()				
5.当日施術希望ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※施術内容・予約状況によって当日施術ができない場合があります					
6.現在、治療中または過去 に次のような病気にかか られたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」の方 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> 歯科治療中 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()				
7.現在、常用中の内服薬や 外用薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」の方 お薬手帳をお持ちの方は記載不要です。受付にご提示ください。 薬名 () ◎症状が出ている場所に、お薬や化粧品等を塗っている方は事前にお申し出ください。				
8.お薬・食品・花粉・金属等の アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※「あり」の方 具体的に ()				
9.生活習慣についてお応えください						
●お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・時々) 量： ml/日 ●たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) (年間) ●運転 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (毎日・週2～3日程度・休日のみ)						
10.ご家族の中でアトピー性 皮膚炎の方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (どなたですか？)					
11.ご来院の動機について	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()					
** 女性の方のみ **						
<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 () ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 該当なし						