

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	ご職業	
氏名			生年月日	T S H R 年 月 日(歳)
住所	〒 - 都道府県	市区郡	連絡先	

本日の体調はいいですか? はい・いいえ 体温 度

1. お悩みはなんですか? (該当する項目に○をしてください)

シミ・そばかす・くすみ・肝斑・たるみ・小じわ・赤ら顔
ニキビ・ニキビ跡・毛穴の開き・黒ずみ

・本日相談したいことはありますか?

また気になるところをイラストに記入してください

[]



2. 今まで何か治療を受けましたか? (該当する項目に○をしてください)

フェイシャル等のエステ・シミ取りレーザー・IPL光療法
フラクショナルレーザー・ホクロ取り・ボトックス・金糸治療

3. 過去の美容治療で副作用が生じたことはありますか?

あり・なし ※ありの方は以下もご記入下さい

[]

4. 近いうち大切なご予約がありますか?

あり・なし ※ありの方は以下もご記入下さい

月 日頃

結婚式・同窓会・旅行・記念日・入学式・卒業式・謝恩会・成人式

その他()

5. 普段のスキンケアにお使いのものはありますか?

(該当する項目に○をしてください)

クレンジング・洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・UVカット

6. 興味のある美容はありますか?

(該当する項目に○をしてください)

美容点滴【ビタミン点滴・美白点滴・ニキビ点滴】

美容注射【ヒアルロン酸注射・脂肪分解注射・ニンニク注射・ボトックス注射】

ダーマペン・ハイフ・ピーリング・IPL光療法(ニキビ治療)・レーザー(シミとり)

7. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか?

(該当する項目に○をしてください)

近所に在住・ホームページ・当院通院中・知人の紹介・その他()