

問診票 [脱毛]

年 月 日

| | | |
|--------|---------------------|--|
| (フリガナ) | | カルテNo. |
| お名前 | | 性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 |
| | | 職業 |
| (フリガナ) | | |
| 住所 | 〒 | |
| | - | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (才) | TEL |
| | | 携帯TEL |

Q1. 本日は、どの部位の脱毛をご希望ですか？

部位 ()

Q2. 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)

Q3. 現在、内服しているお薬はありますか？

(いいえ・はい)

Q4. いままで脱毛の施術をうけたことがありますか？

(いいえ・はい)

はい⇒他の医療機関で・エステティックサロンで・その他 ()

Q5. 光過敏症はございませんか？

(ある・ない)

Q6. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠中または授乳中ですか？

(いいえ・はい)

Q7. どのようにしてクリニックをお知りになりましたか？

知り合いからの紹介 駅案内 当院のサイト 地域新聞 ココミ広場 バス案内 看板
その他 ()

※未成年の方は保護者の方とのご同伴か同意書をお持ち頂く事をお願いしております。
 同意書をお持ちの方は一緒にご提出下さい。