

フリガナ  
お名前

生年月日 T・S・H . .

( 歳)

〒

ご住所

電話番号

-

-

携帯電話

-

-

## 《 問 診 》

① 本日はどうなさいましたか。

⑥ 10才以下のお子様はご記入ください

体重 \_\_\_\_\_ k g

⑦ 下記の方は○をして下さい

- 妊娠中 ( 週)
- 授乳中

② 今回のことで他院にて治療を受けられたことはありますか？

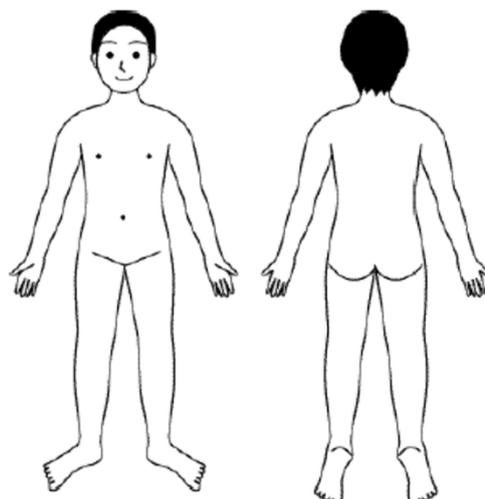
⑧ 薬のアレルギーのある方

• 薬品名 ( )

- はい
- いいえ

③ 現在治療中の疾患と服用中のお薬をご記入下さい。  
お薬手帳をお持ちの方は、ご提出下さい。

⑨ 本日診療を希望される部位に○をして下さい。



- 疾患名 ( )
- 薬品名 [ ]

④ 美容皮膚科に興味がある

- シミ治療
- フェイシャル
- レーザー脱毛
- 上記のことで詳しく話が聞きたい

当院では医療機関でしか販売できないナビジョン化粧品を取扱っています。  
しみ・そばかす・美白に効果があります。  
ご紹介してもよろしいでしょうか。

- はい
- いいえ