

豊橋駅前クリニック 問診票（自費治療）

※個人情報保護法に基づき、治療上知り得た個人情報は治療以外の目的で使用することはありませんのでご安心下さい。

フリガナ _____

男・女

氏名 _____

T S H R 年 月 日 歳

〒

住所 _____

自宅 TEL _____ 携帯 _____

身長 _____ cm 体重 _____ Kg ご職業 _____

本日はどのようなご相談内容ですか？ 希望の施術はありますか？

ご相談内容 _____

希望の施術内容 _____

希望の施術はイベントに向けてのものですか？また、その時期はいつですか？

いいえ はい 時期： _____

いつ頃治療をご希望されますか？

今日 出来るだけ早く ____月頃 未定

ご予算がありましたらご記入ください

5万以下 5万～10万 10万～20万 20万以上 最適な治療を教えて欲しい

今までに美容外科（クリニック）に行かれたことはありますか？

病院名 _____ 内容 _____ 年 月頃

病院名 _____ 内容 _____ 年 月頃

今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか？

糖尿病・高血圧・喘息・心臓病・肝疾患・腎疾患・膠原病・緑内障

B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV

手術（ _____ ） その他（ _____ ）

現在も通院していますか？ はい（どれくらいの頻度ですか？ _____） いいえ

現在内服・外用中のお薬・サプリメントはありますか？（ある・ない）

お薬の名前（ _____ ）

アレルギーはありますか？（ある・ない）

お薬（ _____ ）

花粉症 日光 金属 大豆

ゴム・ラテックス 食物（ _____ ） その他（ _____ ）

妊娠・授乳について なし 妊娠中（ _____ ヶ月） 可能性がある 授乳中

当院を何でお知りになりましたか？

はなまる ホームページ 新聞 電話帳 紹介 看板 その他（ _____ ）