**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。

ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（　　　　　　　　　）