

(フリガナ)

名前: 性別:男・女 ※女性:妊娠している可能性 なし・あり(妊娠 週目)

生年月日:(大・昭・平・令) 年 月 日 ( 歳) (出産予定: 年 月 日頃) (授乳 なし:あり)

住所:(〒 - )

TEL :自宅 ( ) 携帯番号 ( ) 職業:

Mail :

当院を何で知りましたか? (家族・友人等の紹介)(ホームページ)(広告)(保険診療に通院していた)

その他( )

1. 本日のご相談内容についてお聞かせください

2. その他、ご興味のある治療、お悩みがあれば  
教えてください

シミ

シミ

シワ

シワ

ニキビ・ニキビ跡・毛穴

ニキビ・ニキビ跡・毛穴

赤ら顔

赤ら顔

たるみ

たるみ

プラセンタ注射(保険適応になる場合もあります。)

プラセンタ注射(保険適応になる場合もあります。)

ニンニク注射・美容点滴

ニンニク注射・美容点滴

薄毛

薄毛

ホクロ除去(顔・腕・足・体)

ホクロ除去(顔・腕・足・体)

ボトックス

ボトックス

ヒアルロン酸

ヒアルロン酸

イボ

イボ

その他( )

その他( )

3. 他の美容クリニック・エステティック等に行かれた経験はありますか?

現在通って いる いない 過去に通っていた事が ある ない

経験のある方→治療時期・内容( )

その時に何かお肌のトラブル等ありましたか?( )

4. 今後何か大切なご予約はございますか? はい いいえ

はいの方 予定日( 年 月 日)

結婚式・同窓会・成人式・旅行・その他( )

5. アレルギー なし・あり(アルコール消毒・麻酔・化粧品・薬剤など)

具体的に( )

6. 既往歴・現在治療中 なし・あり( )

7. 使用中の薬 なし・あり( )