

フリガナ	生年月日
お名前 男・女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒	お電話番号 携 帯: () ご自宅: ()
ご来院のきっかけ インターネット検索・バス広告・電柱広告・お知り合い、他院からのご紹介(_____ 様から) 当院他科に通っている・近くを通りかかって・その他(_____)	

1.お肌のお悩みをお聞かせください（該当するものに○、またはご記入ください）

- ・たるみ ・しわ ・ほうれい線 ・目周りの小じわ ・フェイスライン ・二重あご
 ・シミ(肝斑) ・くすみ ・赤ら顔 ・ニキビ ・色素沈着 ・そばかす ・毛穴 ・ハリ
 ・稗粒腫 ・イボ ・ホクロ ・その他(_____)

2.ご希望のメニューをお聞かせください（□にチェックをお願いいたします）

- ハイフ IPL光治療 IPL光脱毛 アイリッドスパ ダーマペン
 Qスイッチヤグレーザー（ シミ・ADM治療 レーザーピール・レーザートーニング）
 マッサージピーリング サリチル酸マクロゴールピーリング エレクトロポレーション
 美容注射（ プラセンタ注射 美白注射 ダイエット注射 ビタミン注射）
 美容点滴（ 白玉点滴 マイヤーズカクテル点滴）
 ボトックス注射 稗粒腫摘除 イボ(脂漏性角化症)除去 ほくろ除去

3.今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

なし・あり（具体的に: _____)

4.現在服用している薬および外用薬はありますか？

処方薬: なし・あり（薬品名: _____)(薬品名: _____)

5.アレルギーはありますか？

なし・あり（具体的に: _____)

6.女性の方にうかがいます

妊娠の可能性はありますか？（なし・あり）

7.個人情報に配慮した上で、画像やデータを学会等の症例報告に使用することに同意して頂けますか？（はい・いいえ）