

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
・しみ(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
☐ しみレーザー治療 (☐ しみスポット治療 ☐ デュアルピール ☐ 肝斑トーニング)
☐ ケミカルピーリング (☐ 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 ☐ ミラノリピール)
☐ アートメイク ☐ エレクトロポレーション ☐ ヒーライトⅡ
☐ 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ます。(はい・いいえ)

8.診察時の会話録音(AI による電子カルテ入力補助のため)について、院内掲示およびホームページ記載の説明文書の内容を理解し、録音に同意します。(はい・いいえ)