

問診票

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
お名前			
ご住所	〒 -		
自宅電話番号		ご連絡先	携帯・職場・その他
ご職業	既婚・未婚・子供あり・子供なし		
携帯アドレス	@ docomo.ne.jp・softbank.ne.jp・ezweb.ne.jp		

ご予約日の3日前に確認メールを配信いたします。パソコンからのメールを拒否されている場合は【@watashino.jp】のドメイン解除をお願い致します。

今日はどのような症状のご相談で来院されましたか？

上記について一番つらいこと（ひどい症状、治してほしい症状、もっとも心配なこと）は何ですか？

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ・はい（病名： ）

現在、内服している薬がありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

入院するような病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

アレルギー性の病気がありますか？

アトピー皮膚炎・蕁麻疹・かぶれ・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物・その他（ ）

薬のアレルギーがありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

治療のご希望をお聞かせ下さい。

健康保険の範囲内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望 ・ 応急処置のみ希望

美容治療を希望 ・ 健康診断（検診）を希望 ・ サプリメント相談 ・ 基礎化粧品相談 ・ メイクアップ相談

来院されたきっかけは何ですか？

知人からの紹介（ ）様） ご家族からの紹介（ ）様） タウンページ

ホームページ・インターネット 駅の看板 当ホテルの看板 パンフレット

雑誌（雑誌名 ） テレビ（番組名 ） その他（ ）



私のクリニック目白

Miss&Mrs.

No.

脱毛用問診表

お名前 _____

1. 本日は、どこを脱毛しますか？ ()
2. 普段はどのような脱毛処理をおこなっていますか？
例：カミソリ・毛抜き など ()
3. 毛の質をおたずねします。
極太 太 普通 うぶ毛
4. 毛の量はどれくらいですか？
多い 普通 少ない
5. 脱毛処理は、どの位の間隔でおこなっていますか？
ほぼ毎日 () 日おき () 週間おき () ヶ月おき
6. ひとつの毛穴から2本以上、毛がはえている場所がありますか？
はい いいえ よくわからない
7. 本日、脱毛部位の皮膚の状態は？
ブツブツしている 乾燥気味 ただれ気味
特に問題なし その他 ()
8. 過去に専門家またはエステによる脱毛の経験はありますか？
はい いいえ
9. なにか心配な事やご質問がありましたら、お書き下さい.

[]