

# 美容形成外科 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
性別	男・女		
ご住所			
電話番号		携帯番号	
緊急連絡先	お名前	続柄	電話番号

※未成年者の場合

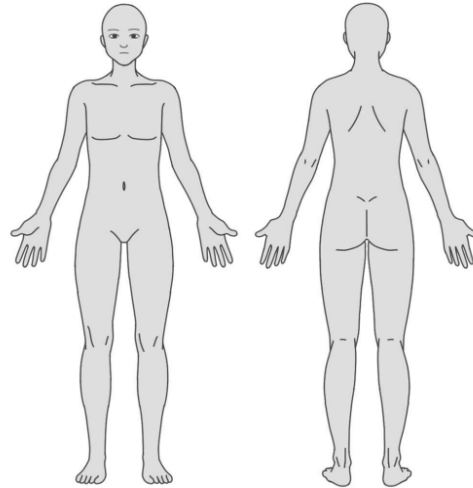
保護者氏名		電話番号	
-------	--	------	--

1. 本日はどのようなご相談で来院されましたか？

シミ ・ そばかす ・ 肝斑 ・ くすみ ・ ほくろ ・ いぼ  
しわ ・ 二重 ・ その他【

】

2. 症状のある部分に○をつけてください



3. 症状はいつ頃からですか？

年 月 日頃から ・ わからない

4. 今回の症状について、すでに治療を受けていますか？

受けている ・ 受けていない

「受けている」の方

【病院：

】

【治療：

】

5. 今までに美容の施術を受けたことがありますか？

ある ・ ない

「ある」の方

【治療名：

】

※裏面も記入お願いします。

