

# 問診票

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	西暦	
お名前			年	月	日
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			
e-mailアドレス		@			
@gmail.com yahoo.co.jp docomo.ne.jp i.softbank.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。携帯キャリアのドメインではセキュリティにより受信できないことがあります。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい・いいえ

当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算医療機関です。マイナ保険証の利用で正確な診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。医療情報・システム基盤整備体制充実加算 初診時 加算1(従来の保険証のご提示又はマイナ保険証を利用し、診療情報取得に同意しない場合)6点 加算2(マイナ保険証を利用し、診療情報取得に同意した場合)2点

他の医療機関の紹介状はお持ちですか？

はい(受付にお出しください)・いいえ

今日どのような症状で来院になりましたか？

上記について1番つらいこと(ひどい症状、治したい症状、もっとも心配なこと)は何ですか？

美容施術をご希望の方にお尋ねします。気になる症状はどれですか？複数回答可

しみ しわ たるみ くすみ 毛穴 にきび にきび痕 乾燥 薄毛 その他( )

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: )

(マイナ保険証で情報取得に同意された方は直近1か月以内の処方薬以外は省略可能)

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)

アレルギー疾患がありますか？ アトピー性皮膚炎・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: )

現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ) いいえ・はい(妊娠中 週目)・授乳中・妊娠可能性あり)

治療のご希望をお聞かせください。

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 ・ 基礎化粧品相談

ご希望またはご相談になりたい美容治療をおしえてください。

PRP療法(再生医療) ・ ボトックス(眉間、額しわ取り) ・ 高濃度ビタミン点滴 ・ 美容注射 ・ オーロラ光美肌治療(フォトRF) ・ キャビテーション、RF ・ 脱毛 ・ アートメイク(眉) ・ エムセラ(尿漏れ改善)

来院されたきっかけは何ですか？

( )  
当院では診察時や美容施術時に撮影し記録する事がございますが、本人の許可なく第三者に提供することはありません。