私のクリニック目白

問診票

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和　西暦 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
e-mailアドレス	＠ ＠gmail.com　yahoo.co.jp　docomo.ne.jp　i.softbank.jp　ezweb.ne.jp　icloud.com		

※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。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

他の医療機関から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

本日はどのような症状でご来院になりましたか？（美容施術の希望や心配なことなどご記入ください）

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：　）

お薬手帳あり（受付にお出しください）

（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 ）

薬のアレルギーはありますか？　いいえ ・ はい（薬剤名：　）

アレルギーはありますか？　いいえ ・ はい（花粉症 ・ 食物（　）

その他（　）

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。　健康保険内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望（美容施術・注射など）

ご希望またはご相談になりたい美容治療があれば教えてください。

PRP療法（再生医療） ・ボトックス（しわ） ・高濃度ビタミンC点滴 ・美容注射 ・オーロラ光美肌治療（フォトRF） ・ベビーコラーゲン（小じわ）

IPL光脱毛 ・リファームST（たるみ） ・ジェネオプラス（フェイシャルトリートメント） ・エムセラ（尿漏れ改善） ・ダイヤモンドピーリング（キメ、毛穴）

来院されたきっかけは何ですか？

インターネット検索（検索キーワード★）　Google Maps（検索キーワード★）　SNS（動画のテーマ等★）
AIアシスタント（入力キーワード★）　ご家族・お知り合いからのご紹介（★様）　ホテルの当院の看板　その他（★）
★の内容をご記入下さい。（　）

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ございません。