

美容問診票

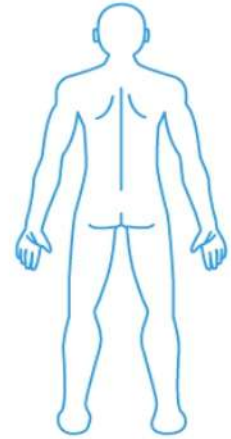
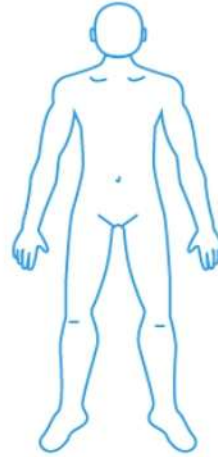
年 月 日

フリガナ		生年月日（大正・昭和・平成・令和）	歳	男・女
お名前		年 月 日		
ご住所	〒 —	電話番号	自宅	
			携帯	
ご職業		お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてよろしいでしょうか？ (はい・いいえ)		

1. いつから、どんな症状がありますか？

☆いつから：()

☆部位：下の図に印をつけてください。



☆症状：・しみ・くすみ・しわ・肝斑・そばかす・たるみ・ほうれい線・ホクロ・イボ
・ニキビ跡・毛穴の広がり・巻き爪・男性脱毛症（AGA 治療）・ピアッシング
・その他 ()

☆美容施術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

これまでの施術内容・使用していた薬剤等をわかる範囲でご記入ください。

()

2. あてはまるものがあれば○をしてください。

- ・妊娠中 (月)
- ・日光過敏症
- ・ケロイド体質
- ・金属を埋め込む手術歴（ペースメーカーや人工関節等）

3. ご予算の目安があればお聞かせください。

- ・～¥5000/月
- ・～¥10000/月
- ・～¥20000/月
- ・¥20000/月以上

4. どの位の間隔で治療に通えますか？

- ・2週間隔
- ・4週間隔
- ・6週間隔
- ・それ以上
- ・その他 ()

5. 近いうちに大切な予定がありますか？（同窓会、結婚式、旅行など）

- ・なし
- ・あり (月 日頃)

6. 当院へご来院なさったきっかけは？

- ・知人の紹介
- ・保険診療を受けている
- ・近所
- ・ホームページを見て
- ・その他 ()



皮膚科・美容皮膚科

二色クリニック

Nishiki Clinic