

問診・カウンセリングアンケート

氏名

年齢 才

住所

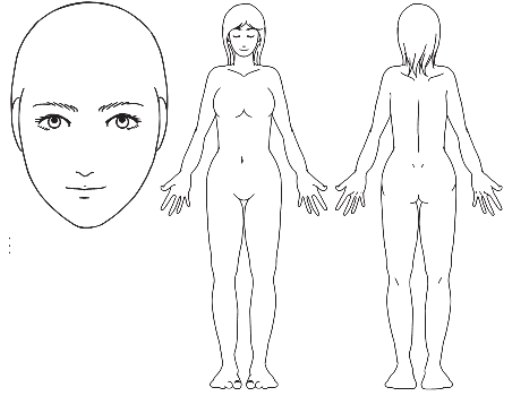
連絡先電話番号

ご職業

メールアドレス

1. 本日はどのようなお悩みで来院されましたか？当てはまるものに○をつけてその部位に印をお付け下さい。

- ・ニキビ ・ニキビ痕の凹み ・ニキビ痕の赤み
- ・ニキビ痕の色素沈着 ・シミ ・あざ ・くすみ
- ・シワ ・たるみ ・鼻や頬の赤み ・美肌
- ・毛穴の開きや黒ずみ ・目の下のクマやたるみ
- ・ホクロ ・イボ ・毛細血管拡張 ・下垂
- ・ピアスをあける ・ダイエット(部位:)
- ・セルライト ・ブライダルコース
- ・その他()



2. 興味のある施術に○をおつけください。

- ・ピーリング ・ヒアルロン酸注入
- ・ヒアルロン酸分解除去 ・メソポレーション
- ・ボトックス注射 ・レーザー治療
- ・プラセンタ点滴、にんにく注射など(各種栄養剤の注射)
- ・その他()

3. そのお悩みの症状が現れた、もしくは気になりだしたのはいつごろからですか？
()

4. 今回のお悩みで治療(レーザー治療・ピーリング・外用薬・内服薬など)を受けたことはありますか？
・はい(具体的に:)
・いいえ

5. 今回のお悩み以外のことで、今までに美容皮膚科・皮膚科などで治療を受けたことはありますか？
・はい(具体的に:)
・いいえ

6. 現在飲んでいるお薬、または最近まで飲んでいたお薬はございますか？
・はい(具体的に:)
・いいえ

7. 妊娠している可能性はありますか？
・ない ・ある ・近い将来予定している

8. 現在授乳中ですか？(はい / いいえ)

9. 当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

- ・当クリニックのホームページ ・情報サイト(サイト名:)
- ・クチコミサイト(サイト名:)
- ・検索ワード< >
- ・知人から聞いた ・知人が通っている ・看板を見て(駅ホーム/バス停/窓)
- ・その他()

ご記入頂き、ありがとうございました。