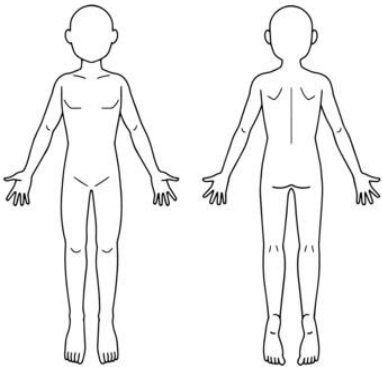


新患問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		職業	
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
住所	〒		
Eメールアドレス		電話番号	

1. いつから、どこに、どのような症状がありますか。部位に○をつけてください。



いつから ( )  
 部位 ( )  
 症状 ( )

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい 病名 ( )

3. 現在使用しているお薬はありますか？

いいえ はい 薬名 ( )

4. これまでかかったことのある病気はありますか？

いいえ はい 病名 ( )

5. これまでお薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

いいえ はい 薬名 ( )

6. 女性の方は お答え下さい。

妊娠中である 授乳中である

7. 自費治療をご希望されますか？

しない する

するとお答えになった方は下記を記載して下さい。

ご予算：

ご興味のある施術：

9. 当院をどのように知りましたか？

家族・知人の紹介 HPを見て インスタグラム 病院からの紹介 ( ) 病院

その他 ( )

ご記入いただきありがとうございます。

受付までご提出ください。



Setagaya Skin Care Clinic