

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生()歳	
お名前	様		ご職業	
ご住所	〒	電話番号	()	
		緊急連絡先	()	

自費診療

プラセンタ注射 ・ にんにく注射 ・ 美肌注射 ・ 白玉注射 ・ ピアス

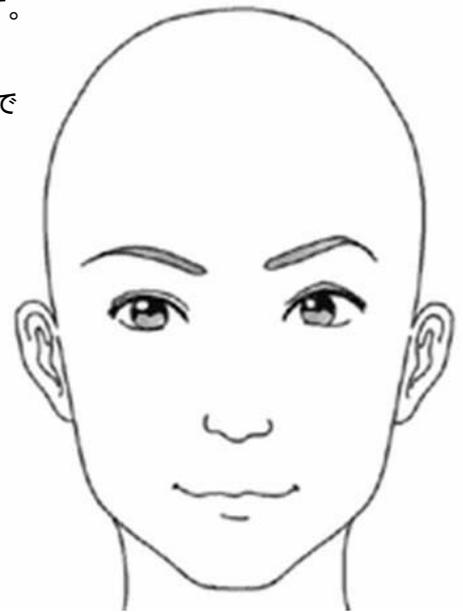
シミ ・ 肝斑 ・ ピーリング ・ 美肌治療 ・ AGA(男性型脱毛症)

気になる部位に○をつけて下さい。↓

※自由診療はカウンセリング初診料¥3300、再診料¥1100別途頂いております。

※保険診療と保険外診療の併用は原則として禁止されており、保険外診療の注射・施術・美容内服処方・AGA 内服処方は保険診療と同日には行えませんのでご了承ください。

※お顔に症状が出ている場合は、患部のメイクオフをお願いしております。メイク落としをご用意しておりますので、受付スタッフまでお声かけください。



(1) どのような症状・目的でご来院されましたか？

[]

(2) 気になりだしたのはいつ頃ですか？

()

(3) 症状について以前に治療を受けたことがある場合は内容を教えてください。

ない ある ()

(4) 現在治療中の病気はありますか？

ない ある (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ その他→)

(5) 現在飲んでいる薬や使っている塗り薬などはありますか？

ない ある ()

(6) 薬や食物のアレルギーはありますか？ ない ある→ ()

(7) 授乳中、または妊娠の可能性はありますか？

授乳中 妊娠中()ヶ月 不明 いいえ

(8) 当院を受診されたきっかけは？

近所に在住 チラシ 当クリニックホームページ WEB・インターネット検索 SNS 電柱広告

家族・知人のご紹介() 他医療機関からの紹介(病院名:) その他()