

問診票 ・ 診療申込書

ご記入日: 年 月 日

ふりがな		生年月日 性別	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		電話番号	自宅				
			携帯				
ご住所	〒 -						
ご職業							

この用紙は、安全に治療を受けて頂くための大切な資料となります。
 かかったことのある病気や現在使用中のお薬についてご記入ください。プライバシーは厳守しますので、正確にご記入ください。また、安全に治療を受けていただくため、問診票のご記入は1年ごとをお願いしております。1年以内でも変化があった場合は、都度ご申告いただきますようお願いいたします。

該当する項目に☑を付け、治療中・治療期間・完治時期等もご記入ください。

現在 治療中の病気、 または過去に治 療を受けた病気 はありますか？	☐ない ☐ある	※「ある」とお答えの方	
		肩・腰の痛み	<input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 五十肩(四十肩)
		生活習慣病	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 高中性脂肪
		心臓	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋こうそく
		血管や血液	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 血小板異常
		脳	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳こうそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> けいれん
		肺	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 肺結核
		消化管	<input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍
		肝臓や腎臓	<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 腎不全
		心や神経	<input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> パニック障害
		ホルモン	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 更年期障害
		婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 乳腺の病気
		目	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 網膜はく離 <input type="checkbox"/> 視覚障害
		骨	<input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 背骨の曲がり
		免疫	<input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> こう原病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 免疫不全 ※リウマチの方:金製剤の服用歴 (わずかな期間・量でもご申告ください) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
		皮フ	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 皮フ腫瘍 <input type="checkbox"/> 光線過敏症 <input type="checkbox"/> 水虫
		肌トラブル	<input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> かぶれ <input type="checkbox"/> ケロイド体質
		その他、上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。	
治療中・治療期間・完治時期等			

●●
裏面もご記入お願いいたします

該当する項目に☑を付けてお答えください。

最近使用したお薬あるいは現在使用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方。ピルの服用もご申告ください。 薬品名 () ●使用している場合は、医師に申告、または処方箋かお薬手帳をご提示ください。
体に合わない（アレルギーのある）お薬や食べ物がありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 () 食品名 ()
点滴をされて気分が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃 () 状況等 ()
「病気・ケガの手術」や「美容外科の手術」を受けましたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃 () 内 容 ()
手術や出産時に輸血をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃 () 内 容 () 輸血後、血液検査を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている、異常なし <input type="checkbox"/> 受けている、異常あり(詳細:)
アートメイクや入れ墨をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 部位や大きさをご記入ください。 入れ墨をされ、血液検査を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている、異常なし <input type="checkbox"/> 受けている、異常あり(詳細:)
女性の方へ	※当てはまるもの全てに☑をお付けください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中 ()ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 過去に授乳経験あり <input type="checkbox"/> 閉経の可能性あり <input type="checkbox"/> 特になし	

該当する項目に☑を付けてお答えください。

カウンセリングを受けたい項目に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 二重・目もと・まぶた <input type="checkbox"/> プチ整形 <input type="checkbox"/> しみ・そばかす・くすみ・肝斑 <input type="checkbox"/> たるみ・シワ・ほうれい線 <input type="checkbox"/> 小顔・顔痩せ <input type="checkbox"/> 若返り・エイジングケア <input type="checkbox"/> アゴ・フェイスライン <input type="checkbox"/> 鼻の整形 <input type="checkbox"/> 痩身・脂肪吸引・1日脂肪取り <input type="checkbox"/> ワキガ・多汗症 <input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛 <input type="checkbox"/> ニキビ・ニキビ跡・毛穴 <input type="checkbox"/> 医療レーザー脱毛 <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> 婦人科形成 <input type="checkbox"/> 毛髪
	<input type="checkbox"/> その他、上記に当てはまらない場合はこちらへご記入ください。
本日治療を希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> カウンセリングによって考える