

(フリガナ)

名前: 性別:男・女 ※女性:妊娠している可能性 なし・あり(妊娠 週目)

生年月日:(大・昭・平・令) 年 月 日 (歳) (出産予定: 年 月 日頃) (授乳 なし:あり)

住所:(〒 -) 、

TEL :自宅 () 携帯番号 () 職業: 、

Mail : 、

当院を何で知りましたか? (家族・友人等の紹介)(ホームページ)(広告)(保険診療に通院していた)

その他()

1. 本日のご相談内容についてお聞かせください (ご相談内容のみ☑してください。回数のカウンセリング料がかかります。)

☐シミ☐シワ(ボトックス・ヒアルロン酸なども含む)☐ニキビ・ニキビ跡・毛穴☐たるみ☐AGA(男性型脱毛症)☐ホクロ除去(顔・腕・足・体)☐注射(美容注射や点滴・プラセンタなど) ☐医療脱毛 ※脱毛をご希望の方は下記をご記載ください☐その他()

脱毛をご希望の方

ご希望の部位はどこですか?

【 顔・ワキ・ひじ上・ひじ下・手の甲 指・胸部・乳輪回り・腹部・うなじ・背部・臀部・V.I.O・ひざ上
ひざ下・足の甲 指・その他_____】

今後やってみたい部位はありますか?

【 顔・ワキ・ひじ上・ひじ下・手の甲 指・胸部・乳輪回り・腹部・うなじ・背部・臀部・V.I.O・ひざ上
ひざ下・足の甲 指・その他_____】

今の処理方法を教えてください。【 _____】

3. 他の美容クリニック・エステティック等に行かれた経験はありますか?

現在通って ☐いる ☐いない 過去に通っていた事が ☐ある ☐ない

経験のある方→治療時期・内容()

その時に何かお肌のトラブル等ありましたか?()

4. 今後何か大切なご予約はございますか? ☐はい ☐いいえ

はいの方 予定日(年 月 日)

結婚式・同窓会・成人式・旅行・その他()

5. アレルギー なし・あり(アルコール消毒・麻酔・化粧品・薬剤など)

具体的に()

7. 既往歴・現在治療中 なし・あり() 使用中の薬()

《医療社団法人 精華会 ミルディス皮膚科》

北千住院 ご予約電話:050-3734-0694 <http://www.mildix.com>横浜院 ご予約電話:050-3734-5853 <http://www.mildix-yokohama.com>