

問診票(1/2)



No.

年 月 日

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	年 月 日生 (歳)	血液型	型	
住所	〒()	DM (ダイレクトメール) 表参道メディカルクリニックの お得な情報をお届けします	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> メールにて希望する <input type="checkbox"/> 郵送にて希望する	
携帯電話番号	()	連絡可能時間	時 ~ 時	
E-mail	<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.co.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp <input type="checkbox"/> hotmail.co.jp <input type="checkbox"/> icloud.com その他 ()			

● アレルギー

なし あり
 食品() 植物 金属 日光 アルコール 花粉症
 麻酔 化粧品 ラテックス・ゴム 薬(薬品名)
 その他()

● 今までにかかったことのあるご病気や手術歴、現在治療中ご病気について教えてください

なし あり
 高血圧 心疾患 糖尿病 B型肝炎 C型肝炎 リウマチ 結核
 HIV 梅毒 婦人科疾患 血液疾患 腎疾患 甲状腺疾患 ヘルペス
 喘息 緑内障 不整脈 アトピー ケロイド体質 接触性皮膚炎
 悪性腫瘍(部位:) 輸血 その他()
 手術(内容:) 時期:)

● 血が止まりにくいと指摘されたことはありますか？

いいえ はい

● 現在内服、外用中のお薬等について教えてください(市販薬・サプリメント等含む)

なし あり
 抗生剤 風邪薬 痛み止め 睡眠薬 ビル等のホルモン剤 甲状腺の薬
 精神安定剤 血液サラサラの薬 心臓の薬 血圧の薬 コレステロールの薬 糖尿病の薬
 リウマチの薬 アレルギーの薬 免疫抑制剤 ステロイド剤 その他()

● 今までに歯科医院等で局所麻酔を使用した経験はありますか？

いいえ はい(何かトラブルが起きたことはありますか？ いいえ はい)

● 肌のタイプで心配な事がありますか？(該当項目全てにチェックをお願いいたします)

いいえ はい
 薄い 弱い かぶれ易い 傷が治りにくい ケロイド 湿疹が出易い
 その他()

● コンタクトレンズを使用していますか？

いいえ はい (ハード ・ ソフト)

● 眉毛の脱色・カラーリングをしていますか？

いいえ はい

● 近日中に大切なご予約はありますか？(結婚式・旅行・同窓会など)

いいえ はい

問診票(2/2)

● アートメイクを受けた経験はありますか？

いいえ はい

下記は“はい”と回答した方のみご記入ください

- ・施術を受けた部位はどこですか？ アイブロウ アイライン(上) アイライン(下) リップ ヘア ほくろ
・いつ頃受けられましたか？ () ヶ月/年 前くらい
・どこで受けましたか？ ()
・計何回受けましたか？ () 回
・定着はいかがでしたか？ 良い 普通 抜けやすい わからない
・何かトラブルはありましたか？ いいえ はい かぶれた 腫れた
 その他()

● タトゥー・刺青を入れた経験はありますか？

いいえ はい

● これまでに、もしくは今後、美容治療(手術を含む)のご予定はありますか？

いいえ はい

はいの方は治療内容と時期をご記入下さい

()

● 関心のある項目はありますか？(該当項目全てにチェックをお願いいたします)

- 毛穴 しみ そばかす 肌荒れ 赤ら顔 アトピー ニキビ/ニキビ跡 しわ たるみ
 くすみ クマ改善 色素除去 二重 目頭切開 眼瞼下垂 傷跡の修正 小顔 多汗
 バストアップ 髪のお悩み アートメイク ダイエット(部位:)
 鼻(具体的に:) 唇(具体的に:)
 その他()

<当院で扱っている主な美容治療メニュー>

- ビコスポット(シミ取り) 色素除去(タトゥー・アザなど) ビコトーニング ビコフラクショナル ホクロ・イボ除去
 ポテンツァ(ニードルRF) HIFU ピーリング ハイドラフェイシャル ダーマペン ヒアルロン酸
 ボトックス ベビーコラーゲン 脂肪溶解注射 リジュラン MPガン(メソセラピー) 再生医療
 糸リフト 眉下リフト 下眼瞼脱脂 バッカルファット 医療脱毛 注射・点滴
 ゼオスキン その他()

上記にチェックいただいた方で、美容カウンセリングをご希望の方へ

カウンセリングのご希望日にチェックをお願いします(ご予約状況や診療時間の都合により、ご希望に添えない場合もございます)

- 本日の施術後に希望する 2回目の施術日に希望する 別日に希望する 検討する

<アレルギーがある方お尋ねします>

● パッチテスト ※テストが陰性でも、今後絶対に問題が起きないというわけではありません

希望しない 希望する

①簡易テスト(48時間後に判定) \¥1,500(税別)

アートメイクに使用するインクを肌に付着させて経過をみます

②アレルギーテスト(1週間後に判定) \¥15,000(税別)

アートメイクに使用する針で皮膚の中にインクを入れて経過をみます

別途で¥2,000(税別)の初診料が発生いたします。

アートメイクを同じクリニックでお受けいただいた場合、アートメイク施術料金より初診料を差し引かせていただきます。

<女性の方にお尋ねします>

● 該当項目がありましたらチェックをお願いいたします

- 妊娠している 妊娠の可能性がある 授乳中 ※麻酔を使用した場合、安全のため施術後48時間は授乳をお控えください。