

ID _____ メディカルプラザ市川駅 美容形成問診表

(ふりがな)

氏名 _____ 男・女 生年月日 西暦 _____ 年 月 日 歳

・こちらの病院は何でお知りになりましたか

- 病院からの紹介 (_____)
- 職員 (部署名 _____)
- 職員の家族 (続柄 _____)
- 友人・知人からの紹介 (紹介者名: _____)
- PC ホームページ 携帯ホームページ ツイッター
- タウンページ 雑誌
- その他 (_____)

- ・手術や歯科で麻酔を使った経験がありますか ある ない
- 『ある』とお答えの方、気分が悪くなったことはありますか ある ない

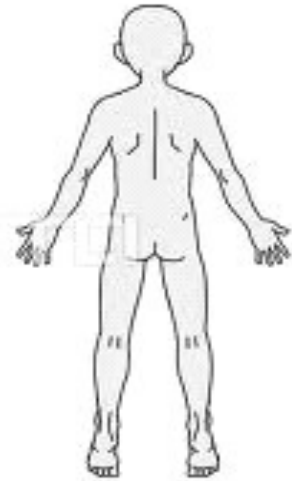
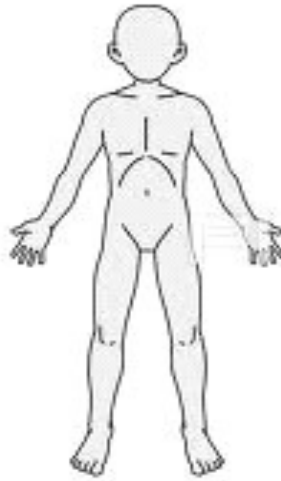
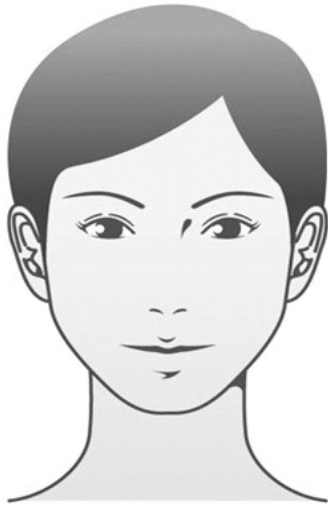
- ・薬の副作用でアレルギーの経験がありますか ある ない
- 『ある』とお答えの方、お薬のお名前もしくはどのような症状の時に処方されたお薬ですか

[_____]

- ・ペースメーカーを使用していますか はい いいえ

裏面もご記入ください

・診察を受けたい場所に○印をつけてください



・症状または希望の項目をお選びください

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> シミ | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注入 | <input type="checkbox"/> わきが | <input type="checkbox"/> レーザー脱毛 |
| <input type="checkbox"/> ピーリング | <input type="checkbox"/> イオン導入 | <input type="checkbox"/> イレズミ除去 | <input type="checkbox"/> ピアス |
| <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 | <input type="checkbox"/> カクテル点滴 | <input type="checkbox"/> うす毛治療 | <input type="checkbox"/> しわ・たるみ |
| <input type="checkbox"/> ボトックス注入 | <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> アザ | <input type="checkbox"/> ニキビ跡 |
| <input type="checkbox"/> 2重まぶた | <input type="checkbox"/> 隆鼻術 | <input type="checkbox"/> しわ取り手術（フェイスリフト） | |
| <input type="checkbox"/> でべそ | <input type="checkbox"/> ビタミンC高濃度点滴 | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | | ） |

・いつ頃から

_____年_____月_____日頃より

_____歳より

_____位前から

・女性のみお答えください

現在、生理中ですか？

はい いいえ

両面にご記入下さい