

10. いれずみ、アートメイク、金の糸をされていますか？ → いいえ はい

11. 現在、治療中の病気はありますか？ → いいえ はい
はいの方 ⇒ ()

12. 現在、内服しているお薬の種類と服用開始の時期について教えてください。
他院からの薬剤一覧表をお出しいただいても結構です。
薬品名 () 開始時期 ()

13. お薬や食物・金属アレルギーをお持ちですか？ → いいえ はい
薬剤 () ⇒ 倒れた ・ 発疹が出た ・ その他 ()
食物 () 金属 () その他 ()

14. 今までに手術、抜糸をしたことがありますか？ → いいえ はい
はいの方 ⇒ ()

15. 14ではいとお答えいただいた方はご記入ください。
その際に何か異常がありましたか？ → いいえ はい
はいの方 ⇒ ()

16. 女性の方で該当される方のみご記入ください。現在、妊娠している可能性はありますか？
いいえ 可能性あり 妊娠 () ヶ月 授乳中

17. 今後、何か大事なご予定はございますか？ (同窓会、結婚式、旅行など)
いいえ はい ⇒ 予定日 (/) 内容 ()

18. お悩みに関する施術以外にもお勧めの施術があれば紹介してほしいですか？
はい いいえ

19. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。
()

20. 来院されたきっかけを教えてください。
知人の紹介 () 様 病院からの紹介 ()
ホームページ 通りがかり グーグルマップ その他 ()

21. 本日はどのような交通手段でご来院されましたか？
徒歩 自転車 バイク 車 バス 電車 (JR 地下鉄 阪急)
ご協力ありがとうございました。