

HR用( ) 問 診 表 初診日

フリガナ	( 男 ・ 女 )	歳
お名前	生年月日 (M. T. S. H)	年 月 日
〒	—	
ご住所		
自宅TEL	携帯TEL番号	
(メールアドレス)	(お忘れ物があったときなどの緊急の時の為に記入下さい)	

<b>①当院を何でお知りになりましたか？</b>		
a. インターネット	b. ぱど	c. タウンページ
d. 104案内	e. その他( )	
f. 知人の紹介	g. 医師の紹介	病院先生
		科
<b>②下記の該当する項目(はい・いいえ)のいづれかに○印をつけて下さい。</b>		
1. 過去に脱毛の経験はありますか？		
A. はい	B. いいえ	
2. 1. で、「はい」と答えた方にお伺いします。		
①それはどこで行いましたか？		
クリニック ・ エステサロン ・ その他( )		
②いつからいつまで行いましたか？何回くらい行いましたか？		
(期間: )	(回数: )	回 )
③その脱毛方法は何でしたか？		
レーザー脱毛 ・ 針脱毛 ・ その他( )		
3. 食べ物や飲み物で皮膚にじんましんや発疹ができたことがありますか？		
A. はい(具体的に: )	B. いいえ	
4. 注射や薬で、じんましんや気分が悪くなったことがありますか？		
A. はい(具体的に: )	B. いいえ	
5. なにかアレルギーがありますか？		
A. はい(具体的に: )	B. いいえ	
6. 麻酔(歯科などの局所麻酔含む)で気分が悪くなったことがありますか？		
A. はい(具体的に: )	B. いいえ	
7. 麻酔が効かない、あるいは効きにくいと言われたことがありますか？		
A. はい	B. いいえ	
8. 女性のみお答え下さい。現在妊娠されていますか？		
A. はい	B. いいえ	
9. 女性のみお答え下さい。現在授乳中ですか？		
A. はい	B. いいえ	