

形成外科・美容外科カウンセリング表

記入：平成 年 月 日

お名前 _____ さま 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

1. 気になる部分はどちらですか？

しみ ・ ほくろ ・ しわ ・ たるみ ・ くすみ ・ 毛穴 ・ にきび
にきび跡 ・ 赤ら顔 ・ できもの ・ 傷跡 ・ わき ・ まぶた
脱毛のご希望 (部位 _____) その他 (_____)

2. 過去に形成外科あるいは美容外科で治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

・「はい」の方にお尋ねいたします。 何の治療をいつ頃受けられましたか？

(_____) の治療を (_____ 年 _____ 月頃)

3. 今までに大病で入院や手術を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

・「はい」の方にお尋ねいたします。 病名は何ですか？ いつ頃ですか？

(_____) の治療を (_____ 年 _____ 月頃)

4. お薬・食べ物他でアレルギーが出たことはありますか？

はい ・ いいえ

・「はい」の方にお尋ねいたします。 原因をご存知であればご記入ください。

(_____)

5. 今までに歯科での抜歯や局所麻酔を受けた経験はありますか？

はい ・ いいえ

・「はい」の方にお尋ねいたします。 いつ頃受けられましたか？また、その際気分が悪くなった、発疹が出たなどあった方は症状をご記入ください。

(_____)

6. 当美容センターを何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

広告 (イーノ・プラザ・倉敷ビジネス・その他) ・ 院内広告 ・ ラジオ
TV (CM・ケーブルテレビ) ・ インターネット

(当センターのホームページまたはブログはご覧いただいていますか？ はい ・ いいえ)

当院他科受診中 (_____ 科)

ご紹介 (_____ 様より) ・ その他 (_____)

7. 当院よりご自宅へのご連絡は可能ですか？

はい ・ いいえ

差し支えなければ緊急のご連絡先をご記入ください。(携帯電話等)

(_____)

8. 当院よりご自宅へダイレクトメールの送付は可能ですか？

はい ・ いいえ