



令和 年 月 日

問診票

カルテNo. _____

フリガナ
氏名

生年月日

大正・昭和
平成・令和

年 月 日 男・女

ホームページ・Instagram・YouTube・ご紹介（紹介者名）

当院に来られたきっかけ 前医院から・その他（

TEL ご自宅 - - - FAX - - -

携帯電話番号 - -

メールアドレス① @ 送信可 送信不可

※ 送信可にチェックを入れていただいた方は@ryoko-hifuka.comからの受信設定をお願い致します。

ご住所 〒 -
都・道
府・県

ご職業	会社員・主婦・学生	身長	体重	血液型
その他				A・B
()	cm	kg	O・AB

該当項目に✓をお願いします。 喫煙口 飲酒口 妊娠中口 妊活中口 授乳中口

感染症 梅毒・B型 / C型肝炎ウイルス・HIV・AIDSと 過去に診断された事がありますか？（ はい / いいえ ）

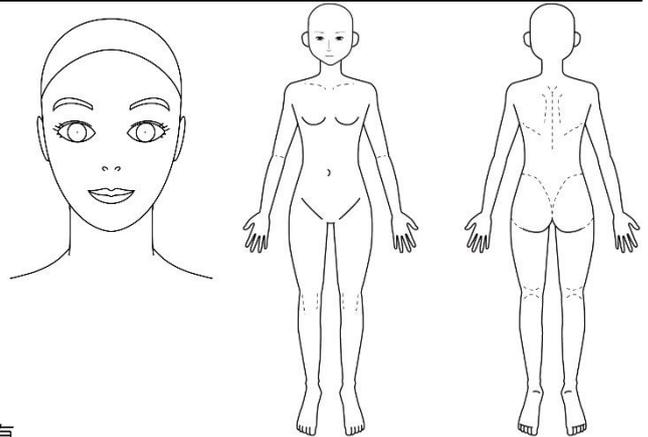
アレルギー無 / 有 花粉症・その他（

治療中 無 / 有 病名： お薬：

以前にかかった ことのある病気 病名： いつ頃？：

1. 診察希望の部位と症状を教えてください。

湿疹・かゆみ・痛み・赤み・水ぶくれ
ブツブツ・いぼ・できもの・タコ・うおのめ
わき汗・ニキビ・ニキビ跡・シミ・そばかす
肝斑・くすみ・たるみ・髪の毛のお悩み
医療脱毛・アートメイク・美容外科手術
スキンケア・美容全般



2. いつからですか？ 頃から

3. その症状で治療や施術を受けたことはありますか？ 無 / 有

いつ頃： どこで： どのような治療を：

4. ご要望・ご相談・ご不安などございましたらご自由にお書きください。

5. 当クリニックでのオンラインストアで商品の購入された事がありますか？ 無 / 有