

美容初診 問診票

予約時間 _____ :
診察券No. _____

【個人情報の取り扱い】

ご提供頂いた個人情報は、（個人情報の取り扱いに関する重要事項）に基づき取り扱います。
この用紙はご記入後に電子情報として保存致します。原本は破棄致します。

【カウンセリング方針】

- ・お客様のご希望を丁寧に伺い、お客様の立場にあったカウンセリングを行います。
- ・お客様からご希望があっても、適応がない場合や、不要な場合は施術をお勧め致しません。
- ・安全に施術ができないと判断した場合、施術への協力が得られない場合、意思疎通を図るのが難しい場合、他のお客様にご迷惑になると判断した場合には施術をお断り、または中断する事があります。

担当医師 横山院長
宮川先生
野原先生
松元先生

個人情報の取り扱い内容にご同意した上で個人情報を提供します。

お名前	ふりがな _____		
ご住所	〒 _____ 都・道 府・県		
血液型	A ・ B ・ O ・ AB	生年月日	T ・ S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 才）
電話番号	（携帯） ☎ _____	アドレス	_____ @ _____
職業	会社員・会社役員・会社経営・公務員・医療従事者・サービス業・自営業・芸能関係 専業主婦（主夫）・学生・フリーター・無職・その他（ _____ ）		

《当院を知って頂いたきっかけを下記の中からおひとつ教えて下さい。》

【紹介】

ご紹介者様の診察券No.（ _____ ）お名前（ _____ ）

【クリニックからの紹介】 あいちビューティークリニック・他院（ _____ ）

【広告】 Instagram 広告・その他広告（ _____ ）

【web】 Google・Yahoo!・当院公式 HPPC・当院公式 HP スマホ・E-PARK・病院なび
トリビュー・口コミ広場・ホットペッパー

【公式 SNS】 Instagram・X・Facebook・TikTok・YouTube・LINE@

【横山院長 SNS】 X・ブログ 【野原先生 SNS】 Instagram・X・ブログ

【宮川先生 SNS】 Instagram 【松元先生 SNS】 Instagram・X・ブログ

【その他】（ _____ ）

裏面もご記入下さい

安全に施術を受けて頂く為に、正確にご記入をお願い致します。
 既往歴・現病歴・使用中、服用中のお薬について、妊娠・出産・授乳について、アレルギー
 その他お体で心配な事について事前の申告がない場合、当院では一切の責任を負いかねます。

カウンセリング料は10分間は無料となります。10分を超過した方は10分毎+2,000円がかかります。

① 本日のご相談内容を教えてください（該当内容に☑ を付けて下さい）

【美容外科】 ☐ 手術のカウンセリング

【美容皮膚科】 ☐ ヒアルロン酸 ☐ ボトックス ☐ しみ ☐ ほくろ ☐ 脱毛 ☐ レーザー
☐ タトゥー除去 ☐ 点滴注射 ☐ 薬剤 その他（ ）

●本日のご相談内容は（初・施術あり（最終 年 月）

→他院施術のご相談（セカンドオピニオン希望）

●本日のお肌状態は（メイクあり・なし・日焼け止め）※お肌の診察希望の方はノーメイクの方のみとなります

●ご相談内容、ご希望箇所などを詳しくお書き下さい。

② 過去に他院で美容の施術や 美容の手術を受けた事がありますか？ （いいえ・はい）	内容 時期
③ 本日の施術を希望されますか？	はい・いいえ・カウンセリングを聞いて決めたい
④ ご予算を教えてください	約 万円
⑤ 右記に当てはまりますか？ （いいえ・はい）	妊娠中・妊娠の可能性がある・授乳中 3ヶ月以内に（出産・中絶・流産）をした。
⑥ 既往歴・ご病気による手術歴 治療中のご病気はありますか？ （いいえ・はい）	心臓病・糖尿病・腎疾患・肝疾患・喘息・悪性腫瘍・精神疾患 高血圧・てんかん・ケロイド体質・光過敏症 その他（ ）
⑦ 服用中のお薬・ピルの服用はありますか？ （いいえ・はい）	薬剤名 休薬（可・不可）
⑧ アレルギーはありますか？ （いいえ・はい）	内容
⑨ 最近日焼けをしましたか？ （1週間以内に直射日光に1時間以上）	はい・いいえ・以前の日焼けが残っている 元々肌の色味が濃い

【ご記入ありがとうございました。受付スタッフにお渡し下さい】