

注射・点滴バー

カウンセリングシート

※ご記入いただいた個人情報に関しましては、当院の管理用及びご案内にのみ使用し、第三者への提供は行いません。

No. _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

フリガナ				性別	男 ・ 女
お名前				生年月日 (年齢)	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
ご住所	〒 _____ _____ 都道 _____ 市町 _____ 府県 _____ 村				
電話番号	(_____) _____ 連絡可 ・ 連絡不可	携帯番号	_____ _____ 連絡可 ・ 連絡不可		
ご職業	会社員 ・ 自営業 ・ 公務員 ・ 主婦 ・ アルバイト ・ 学生 ・ その他				
配偶者の有無	有 ・ 無				
メールアドレス	_____ @ _____ (自宅 ・ 会社 ・ 携帯)				
※当医院を何でお知りになりましたか？(複数チェック可)					
ホームページ ・ Twitter ・ チラシ ・ 知人 ・ 他病院の紹介 ・ コンシェルジュ ・ 通りがかり ・ 木の葉従業員					

1.本日はどのような注射・点滴をご希望で来院されましたか？

プラセンタ注射 ・ ニンニク注射 ・ 美容カクテル注射
マルチビタミン点滴 ・ アンチエイジング点滴 ・ 高濃度ビタミンC点滴

2.プラセンタ注射、アンチエイジング点滴ご希望の方へのご質問です

これまでプラセンタ注射を受けたことはありますか？ ある ・ なし

3. 現在、お悩みの症状があればお聞かせください

体調改善 ・ 疲労回復 ・ アンチエイジング

シミ ・ しわ ・ たるみ ・ くすみ ・ ニキビや吹き出物 ・ ニキビ痕 ・ そばかす ・ 毛穴の開き
毛穴の黒ずみ ・ 乾燥 ・ 過乾燥(アトピックスキン) ・ 敏感

脱毛 ・ レーザー脱毛 ・ ルートローニング(肝斑・しみ・そばかすの治療) ・ ピアス ・
レーザーフェイシャル ・ エコツアーフェイシャル ・ ケミカルピーリング ・ ビタミン導入 ・
ボトックス注入 ・ ヒアルロン酸注入 ・ IPL(しみや毛穴の改善・すぐ化粧可)

その他(_____)

4.現在、病気や美容目的で他の病院に通われていますか？

通院していない ・ 通院している

5.通院中の場合、何科に、どのような内容で通われていますか？

皮膚科 ・ 美容形成外科 ・ 内科 ・ 婦人科 ・ エステ等・内容(_____)

6.現在、飲んでいるお薬や漢方、健康食品等がありますか？

ない ・ ある→名称（

）

7.アレルギーはお持ちですか？

ない ・ ある→花粉症・ハウスダスト・食べ物・金属・日光・ぜんそく・鼻炎・動物・その他

8.お酒はお飲みになりますか？

よく飲む ・ 時々飲む ・ あまり飲まない ・ 飲まない

9.タバコはお吸いになりますか？

吸わない ・ 吸う→本数（1日約 本程度）

10.睡眠時間は1日どのくらいですか？

1日約 時間程度

11.日頃から、運動を行っていますか？ どのような運動でしょうか？

していない ・ している→内容（

）

12.食事はバランスよく、毎食摂っていますか？

はい ・ 野菜少な目 ・ 時間が不規則 ・ 外食が多い

13.現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？（女性のみお答えください）

いいえ ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中→（現在、妊娠 ヶ月）

14.現在、生理中ですか？（女性のみお答えください）

いいえ ・ はい

ご協力ありがとうございました。

……………スタッフ記入欄……………

クリニックからのご連絡（連絡可 ・ 不可）

備考