

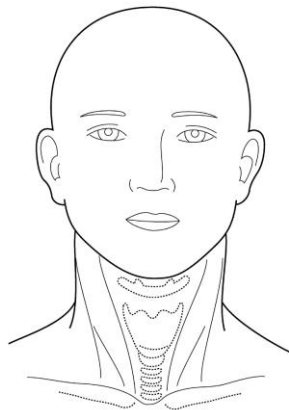
# カウンセリングシート

※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	〒 ー 都道 市町 府県 村		
電話番号	( ) ー	携帯番号	ー ー
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・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 ・ 看板(橋本駅・姪浜駅) ・ 通りがかり ・ 木の葉従業員			

## 1. お悩み内容について下記の内容をお教えてください。



症状：

部位：

いつ頃から：

頃から

ご希望の治療：

ご予算：

いつまでに完了ご希望ですか？

(

くらいまでに)

2. 現在、病気や美容目的で他の病院に通われていますか？ また何科にどのような内容で通われていますか？  
通院していない ・ 通院している ( 科 ) (内容： )

3. 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 ( )

4. 過去に、以下のような病気にかかったことはありますか？  
じんましん ・ ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他のアレルギー疾患 (鼻炎・皮膚炎等)  
心臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ リウマチ

5. 現在、心臓ペースメーカーや骨折ボルト等の金属を体内へ入れていますか？ (虫歯の詰め物を除く)  
ない ・ ある→ どこへ？ ( )

6. 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）

7. 今までに、化粧品や洗剤、ヘアカラー等の染毛剤等でかぶれたりしたことはありますか？

ない ・ ある→内容（ ）

8. 現在お使いのスキンケア内容について、朝・夜それぞれ教えてください。

	朝	夜
洗顔	クレンジング（オイル・ジェル・クリーム）・洗顔料・水洗いのみ・その他）	クレンジング（オイル・ジェル・クリーム）・洗顔料・水洗いのみ・その他）
ケア	化粧水・乳液・美容液・クリーム・その他（ ）	化粧水・乳液・美容液・クリーム・その他（ ）

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. 睡眠時間はおよそ何時から何時まででしょうか？

（ 時～ 時）

11. 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

12. 日頃から、紫外線ケアを行っていますか？ どのような対策をしていますか？

⇒あまり気にしていない ・ 気にしているが行っていない ・ 気にしている  
（日焼け止め ・ 日傘 ・ サングラス ・ 帽子 ・ 長袖等の衣類 ・ その他 ）

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\*\*\*