

ピアス

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. 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 :)
2. 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 ()
3. 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
4. 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？ ()
5. 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)
6. 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 ()

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