

◆問診票・診療申込書・BMC 入会申込書

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日 () 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		電話番号	自宅					
			携帯					
ご住所	〒 -							
E-mail	@							
ご職業	学生・会社員・会社役員・医師・看護師・エステティシャン・接客業・自営業・アルバイト フリーター・主婦・無職・その他 ()							

●カウンセリングを受けたい項目すべてに☑を付けてください。

- 二重・目もと・まぶた プチ整形 しみ・そばかす・くすみ・肝斑・ほくろ たるみ・シワ・ほうれい線 小顔・顔痩せ
痩身・脂肪吸引・1日脂肪取り アゴ・フェイスライン 鼻 ニキビ・ニキビ跡・毛穴 ワキガ・多汗症 毛髪
医療レーザー脱毛 肩こり・腰痛 婦人科形成 その他 ()

当日の治療を希望されますか？ 希望する カウンセリングによって考える

この用紙は、安全に治療を受けて頂くための大切な資料となります。プライバシーは厳守しますので、正確にご記入ください。

●現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

ない ある ※「ある」とお答えの方は、該当する項目に☑を付け、治療中・治療期間・完治時期等もご記入ください。

皮膚	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 皮膚腫瘍 <input type="checkbox"/> 光線過敏症 <input type="checkbox"/> ケロイド体質 <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 傷
目	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 網膜はく離 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> レーシック・ICL 等
免疫	<input type="checkbox"/> リウマチ：金製剤の服用歴 (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) <input type="checkbox"/> こう原病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 免疫不全
肺	<input type="checkbox"/> ぜんそく (小児/アスピリン/気管支/不明) <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腫瘍
脳	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳こうそく <input type="checkbox"/> けいれん
生活習慣病	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 中性脂肪
血管や血液	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 血小板異常
肝臓や腎臓	<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 腎不全
心や神経	<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> パニック障害
上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。	
治療中・治療期間・完治時期等	

●あなたご自身についてお尋ねします

※「ある」もしくは「はい」とお答えの項目については、詳細等もご記入ください。

最近使用した、あるいは現在使用中のお薬 (ピル、イソトレチノイン、内服・外用) はありますか？ 薬名 () <input type="checkbox"/> 不明) ※あれば医師に申告又は、処方箋かお薬手帳をご提示ください。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 薬 (薬名：) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> ラテックスゴム <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
美容クリニックや美容皮膚科等で、処置や施術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 目 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> ボトックス <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 <input type="checkbox"/> プロテラーゼ <input type="checkbox"/> たるみ・リフトアップ <input type="checkbox"/> 金の糸 <input type="checkbox"/> 脂肪吸引 <input type="checkbox"/> シミ・肝斑 <input type="checkbox"/> ニキビ・ニキビ跡・毛穴 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> ホクロ・いぼ <input type="checkbox"/> ピーリング <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> その他 処置・施術の方法や詳細 () <input type="checkbox"/> 不明) レーザー種類等 () <input type="checkbox"/> 不明) 最後に受けた時期 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
1ヶ月以内に剥離 (ピーリング) 作用のある薬やコスメ等は使用されましたか？ <input type="checkbox"/> トレチノイン <input type="checkbox"/> ディフェリンゲル <input type="checkbox"/> ベピオゲル <input type="checkbox"/> デュアックゲル <input type="checkbox"/> エピデュオゲル <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
1ヶ月以内に日焼けをした、もしくは海・山・ゴルフ・テニス・海外旅行など日焼けの予定はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
プレート、ペースメーカー、除細動器、人工内耳、金属、ボルトは入っていますか？ 部位 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
アートメイクや入れ墨をしたことがありますか？ 部位 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
点滴をされて気分が悪くなったことがありますか？ 時期 () 状況等 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
今後献血の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
手術や出産時に輸血をしたことがありますか？ 時期 () 手術名 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
輸血後や入れ墨後に血液検査を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 検査異常なし <input type="checkbox"/> 検査異常あり (詳細：)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

●女性の方へ、当てはまるもの全てに☑をお付けください。

妊娠中 () ヶ月 妊娠の可能性あり 妊活中 授乳中 過去に授乳経験あり 特になし

問診票のご記入ありがとうございました。安全に治療を受けていただくため、問診票のご記入は1年ごとをお願いしております。
1年以内でも変化があった場合は、都度ご申告いただきますようお願いいたします。

●Beauty Members Club (BMC) について

BMC 会員制度規約 (別紙・QRコード) に同意し、入会日より特典が適応となる BMC 会員制度に入会手数料 500 円 (税抜) を添えて入会を申込みますか。 はい いいえ

会員特典①施術 20%OFF (一部、割引・ポイント使用の対象外となるメニューがございます)

・BMC 会員割引以外の割引との併用はできません。

会員特典②会員様限定特典付きダイレクトメール 郵送を希望する 不要

※プライバシーに配慮し、差出人「医療法人社団 翔友会」で郵送

※予告無しに会員特典の内容が変更になる場合がございます。詳細はスタッフにお問い合わせください。

