

初診時診療申込書

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ		性別	ID
お名前		男・女	
生年月日	西暦 大正 昭和 平成	年	月 日 (歳)
ご住所	(〒 -)		
自宅電話			
携帯電話			
ご職業			

既往歴（今までにした大きな病気）があればご記入ください	病名	年齢（発症時期）
薬などでアレルギーがある方はご記入ください	薬品名（食品名）	症状等
現在内服しているお薬があればご記入ください	薬品名	効能
歯医者等で麻酔をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	その時に異常はありましたか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった
本日の希望施術を教えてください	<input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング <input type="checkbox"/> にきび ()	
その他、お肌のことで現在、気になることがございましたらご記入ください		

その他、ご不明な点がございましたらお気軽にお申し付けください。

横浜ヘルスケアクリニック