

問診票

もれなくご記入ください

担当者名

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒 携帯電話（ ※普段ご連絡のつきやすい電話番号）				
職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚		

問診

1	気になっている部位はどこですか。 (右の図に印をつけてください)	
2	シミの経過を教えてください。 (いつからあるか・悪くなるきっかけなど)	
3	シミの治療経験はございますか。 ない ・ ある (レーザー、フォト、塗り薬、飲み薬) ↓ 具体的に (治療次期、治療回数、治療効果)	
4	治療中のご病気、これまでにかかったご病気はございますか。 具体的に ない ・ ある →	
5	該当する箇所を全て選んでください。 <input type="checkbox"/> 多少のダウンタイムがあっても1回で治療したい <input type="checkbox"/> ダウンタイムが少ないのなら回数がかかっても良い。	
6	気になっているシミ治療はございますか。 <input type="checkbox"/> ピコスポット <input type="checkbox"/> ピコフラクショナル <input type="checkbox"/> ピコトーニング <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> ゼオスキン <input type="checkbox"/> ガウディスキン	

アンケート

1	当院を始めて訪れたきっかけを選択してください <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> グーグルなどの検索エンジン <input type="checkbox"/> 友人・家族・知人の紹介	ご紹介者名: _____ 様
2	当院のシミ治療を知ったきっかけを選択してください <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> グーグルなどの検索エンジン <input type="checkbox"/> 友人・家族・知人の紹介	ご紹介者名: _____ 様