

院内備考欄

記載日:

年 月 日

ID:

フリガナ					性別
氏名					男 ・ 女
住所	〒 ー 都道府県				
TEL (ご自宅)	( ) ー	TEL (携帯)	( ) ー		
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	血液型		身長 cm	
Email	@ ※「.(ドット)」が2つ以上続く場合や「@」マーク前が「.(ドット)」のメールアドレスは仕様上、登録出来かねますので、ご了承ください。				
ご職業					
職種	会社経営 役員 管理職 営業 販売職 サービス業 事務職 研究職 技術職 現業職(力仕事・作業員など) その他( )				
未婚	未婚 ・ 既婚		子供	人	
家族環境	親と同居 ・ 一人暮らし ・ その他				
病歴など	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ ウイルス性肝炎 甲状腺疾患 ・ 膠原病 ・ 脳血管疾患 ・ 心臓病 ・ 血栓症 ・ ケロイド体質 癌 ( ) ・ ペースメーカーをつけている ・ その他( )				
現在受けている治療	無 ・ 有	( 詳細 : )			
不調など	頭痛 ・ 貧血 ・ 腰痛 ・ 不眠 ・ 低血圧 ・ 目の疲れ ・ 冷え症 疲れやすい ・ ストレス ・ その他( )				
現在使用中の薬・サプリメント・外用薬など	( 外用薬名 )				
	( 内服薬名 )				
	( サプリメント名 )				
妊娠 もしくは 妊娠の可能性 ※	無 ・ 有	( 週目 )			
生理周期 ※	一定 ・ やや不規則 ・ 不規則 (最終生理日: / ~ / ) ・ 閉経				
生理痛 ※	無 ・ 有	( 薬の服用 : 無 ・ 有 )			
感染症	無 ・ 有	( 薬の服用 : 無 ・ 有 )			
アレルギー	無 ・ 有	花粉症 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ 食物( 種類: ) ・ 金属 喘息 ・ アトピー ・ 蕁麻疹 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 医薬品( ) 麻酔( 血圧低下 ・ 悪心 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ) ・ その他( )			
睡眠	( 時間/日) (睡眠の状態 : 寝付きが悪い ・ 何度も起きる ・ 熟睡 ・ その他 )				
食事	好き ( ) 嫌い ( )				
運動	無 ・ 有	(運動の種類: ) (運動の頻度: 回/週)			
飲酒	無 ・ 有	(お酒の種類: ) (量 回/週)			
喫煙	無 ・ 有	(量 本/、喫煙歴 年) ・ 過去に吸っていたが止めた			
便秘	良好 ・ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい				

※裏面もご記入ください。

① 現在ご使用中の化粧品について

メーカー・アイテム名など、わかる範囲でお答え下さい。また、使用頻度も併せてお答えください。

	メーカー名・アイテム名	使用頻度		メーカー名・アイテム名	使用頻度
☆ クレンジング		回/日	☆ 洗顔		回/日
☆ 化粧水		回/日	☆ 乳液		回/日
☆ 美容液		回/日	☆ クリーム		回/日
☆ 日焼け止め	SPF PA	回/日	☆ ファンデーション		回/日
☆ その他 ※スペシャルケア等※					

※スタッフが記入します

② 化粧品のトラブル(肌・アレルギー等)のご経験はありますか? はい いいえ

PH:

※「はい」とお答えになった方のみ、ご記入下さい。

具体的な症状	化粧品のメーカー名・アイテム名

③ 当院をどのような方法でお知りになりましたか? 該当するものすべてに○をつけて下さい。

- ・駅看板(六本木駅)
- ・電車 社内広告
- ・バスアナウンス (路線: 渋谷～六本木間・五反田～六本木間)
- ・電柱広告
- ・新聞折込チラシ (日経・読売・朝日・毎日・産経)
- ・チラシ (ポスト投函・街頭)
- ・雑誌 (雑誌名: )
- ・テレビ・ラジオ (番組名: )
- ・アオハルクリニック インターネットホームページ  
 検索エンジン: yahoo google msn その他web (具体的なサイト名: )  
 検索キーワード ( )  
 ネット系媒体: facebook・Youtube・アメンバーブログ
- ・ご自宅・職場が近所
- ・ご紹介 (お名前: 様)
- ・セミナー (院内・院外( ) )
- ・その他 ( )

ご記入ありがとうございました。