

日付：平成 年 月 日

●お名前（フリガナ） ●性別 ●生年月日 ●カルテ No： _____

男
女 19 年 月 日 歳

●ご連絡先 ●職業 _____

携帯 メールアドレス

●ご住所 ●メールマガジンの配信を希望されますか？ はい いいえ

〒 - ●DM(キャンペーン情報)を希望されますか？ はい いいえ

都道
府県

●既往歴（今まで大きな病気をされた方、またはアレルギーをお持ちの方）

無 有

●現在、通院や内服をしている方をご記入ください。（サプリメントも含む）

無 有

●現在、妊娠・授乳中ですか？

無 有

●美容外科・皮膚科の治療を受けたことがある方は、内容などを可能な範囲でご記入ください。

無 有

●感染症の有無

無 有（ _____ ）

●美容皮膚科の治療に興味のあるものがありましたら、チェックしてください。

シミ・肝斑 脱毛 顔のたるみ 肌の若返りヒアルロン酸注入 イボ・ホクロ除去 ニキビ・ニキビ痕 頭髪治療ボトックス注射 医療痩身 点滴・注射その他（ _____ ）

●当クリニックを何でお知りになりましたか？チェックしてください

ネット検索（Google, Yahoo など） □□コミ広場ブログ チラシ紹介 その他

（ _____ ）

●当クリニックからの希望連絡方法にチェックを入れてください

電話（自宅） 電話（携帯） Eメール郵送 連絡不可

●当クリニックをお選びいただいた理由をご記入ください。