

ダイエットその他 問診票

20 年 月 日

| | |
|-----------------------------|---|
| お名前 | (フリガナ) |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳) |
| ご住所 | |
| 電話番号 | |
| 来院された きっかけ (○を付けて下さい) | 1 インターネット (検索エンジン⇒Yahoo! , Google , その他) 2 知人の紹介 3 雑誌・その他 (具体的に覚えていれば : _____) |

1. 今回希望される治療

ダイエット ・ 腋臭症 (ワキガ) ・ その他

2. 過去に処方されたお薬でアレルギー症状が出たり、体調が悪くなった事がある。

はい (具体的に : _____) ・ いいえ

3. 現在治療中の病気及び服用中の薬があればお伝え下さい。

ある (具体的に : _____) ・ ない

4. 問診票の記載に偽りはなく、東京レオンクリニックでの治療に同意します。

はい ・ いいえ

(医療機関記入欄)

ID: _____