松田知子皮膚科

美容皮膚科（保険外）問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　S・H　　年　　月　　日（　　歳）　男・女

資料（無料）　資料のみご希望の方は受付にお申し付け下さい。

1）相談内容がはっきりしている方、具体的な治療法が決まっていらっしゃる方は、改善を希望する症状、ご希望の治療法（あれば）に○をお付けください。

□シミ
- 老斑
- 肝斑

□シワ
- 刻みじわ
- 表情じわ
- うめぼしじわ
- ちりめんじわ

□たるみ

□ほうれい線

□マリオネットライン

□毛穴

□ニキビ・ニキビ跡

□毛深い

□毛孔性苔癬

□痩身

□その他（　　　　　　　　）

◇フェイス
- トレチノイン（81,400～）
- ヒアルロン酸（66,000～）
- ボトックス
- ルメッカ
- スマスアップ NEO
- ハイフ（リフテラV）
- 脂肪溶解注射
- ハイドラフェイシャル（顔・背中・腕）
- ダーマペン4
- 水光注射（ハイコックス）
- ケアシスS
- ピコレーザー
- ケミカルピーリング
- ゼオスキン

◇ボディ
- クールスカルプティング
- ヴァンキッシュ・セルトーン

◇脱毛
- ジェントルマックスプロ
- メディオスター

◇アートメイク
- 眉　・リップ　・アイライン
- ヘアライン　・ヘアドット

2）治療に何を望みますか？

効果　　ダウンタイムがない（ガーゼ・腫れが嫌）

コスト（保険内、費用対効果、全体で＿＿＿＿円　1ヶ月＿＿＿＿＿円まで）

3）ご来院のきっかけになった雑誌やウェブなどがあればお書きください。

…………………………………………………………

4）ご紹介　…………………………様