自由診療 初回問診票

日付	

髙垣医院の自由診療を何で知りましたか。

看板　　ホームページ　　ライン

ご紹介(お名前　　)　　その他(　　)

注意事項(　同意する　同意しない　)

＊治療目的の内容によっては保険診療に移行する場合がございます。
＊治療内容によっては同意書をいただく場合がございます。
＊未成年の方の治療は保護者の同意が必要となります。
＊治療内容の変更や追加などの相談等で診察する場合は再診料がかかる場合がございます。
＊完全予約制となっています。予約時間を厳守いただきます。

お名前	性別　男　女	生年月日　　年　　月　　日	年齢　　歳
連絡電話	メールアドレス		
住所			

1. 興味があるものに〇を付けてください。

	ビタミン注射点滴		レーザーフェイシャル(美白)
	にんにく注射点滴		レーザーシャワー(しわタルミ)
	二日酔い注射点滴		にきび治療
	プラセンタ注射		シミスポット
	白玉美白点滴		レーザー脱毛
	エイジングリハビリテーション		男性外来(ED/AGA)

2. 当院の自由診療を受診する目的をお書きください。

3. 今までにかかった病気をお書きください。それは治っていますか。

4. 現在かかっている病気をお書きください。それは治療中ですか。

5. アレルギーがあれば原因と症状をお書きください。

飲み薬・注射	食べ物・動物・植物・ほか

6. 治療を受ける都合の良い時間帯をお選びください。(出来る限りご希望に沿えるようにします)

	11：00～		12：00～		13：00～		14：00～		15：00～
	16：00～		17：00～		18：00～				

以上です。受付にご提出ください。