

問診票

ふりがな	生年月日	性別
氏名	年 月 日	
〒 ご住所  クリニックからのお知らせの郵送 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	連絡可能な 電話番号 ( ) -	携帯・自宅

形成外科

皮膚腫瘍 傷跡 傷のひきつれ 眼瞼下垂手術

乳腺外科

胸のしこり 胸からの分泌物 胸の痛み 胸の腫れ

美容皮膚科

しみ しわ たるみ 赤ら顔 ニキビ 瞼のたるみ ヒアルロン酸注入 いぼ

ボトックス注入 ニキビ跡 プラセンタ注射 高濃度ビタミンC点滴

ピーリング シミレーザー 肝斑 ニンニク注射 光治療 HIFU

エレクトロポレーション サプリメント購入 化粧品購入

二重埋没 切開二重 目頭切開 ピアス わきが 目尻切開 フェイスリフト

目の下のクマ 眉下切開たるみ取り 糸によるリフト

婦人科形成

小陰唇縮小 処女膜再生 膣縮小レーザー 膣縮小手術 陰部美白