

# 紹介状 (診療申込書)

平成 年 月 日

医院名を御記入下さい。

医療機関名 殿

紹介者名



治療費ドットコム

URL: <http://www.chiryohi.com>

E-Mail: [info@chiryohi.com](mailto:info@chiryohi.com)

事前に電話かメールにて御予約下さい。

受診日 月 日 時 頃

|      |   |      |            |     |
|------|---|------|------------|-----|
| フリガナ |   | 生年月日 | 明・大・昭・平    | 男・女 |
| 患者氏名 |   |      | 年 月 日 ( 歳) |     |
| 住所   | 〒 | TEL  |            | 職業  |

【レーザー脱毛前の施術部分の事前確認チェック表 (確認したら にチェックして下さい。)]

肌の状態は良い。(傷はないか、ひどく乾燥していたり、肌荒れしていないか)  
日焼けしていない。  
1ヶ月前から、毛を抜いていない。  
1ヶ月前から、脱色していない。  
2日前にカミソリで毛を剃りました。

【肌質・体質チェック】

アトピー、アレルギー、ジンマシンの経験がある。

敏感肌です。

乾燥肌です。

以前に、レーザー脱毛を施術して肌トラブルを起こしたことがある。 詳細: \_\_\_\_\_

以前に、クリームや飲み薬などで肌にトラブルを起こしたことがある。 詳細: \_\_\_\_\_

【確認と希望】

1. Yes / No レーザー脱毛は初めてです。
2. Yes / No 以前、クリニックまたはエステで脱毛をしたことがある。
3. Yes / No 脱毛について事前に詳しく説明して欲しい。
4. Yes / No 料金について事前に詳しく説明して欲しい。
5. Yes / No レーザー脱毛以外についても相談したいことがある。 詳細: \_\_\_\_\_
6. 予約 / 本テスト脱毛・本脱毛どちらを希望ですか？
7. 希望脱毛部位:  
額 鼻下 アゴ 頬 もみあげ うなじ ワキ ひじ上 ひじ下 手の甲・指  
背中 胸 腹(へそ周り) 尻 ビキニライン 太もも ひざ ひざ下 足の甲・指

【その他 (質問・希望など御自由にお書き下さい。)]

医療の効果等に関して、当社は一切の責任を負いません。クリニックの先生とよくご相談の上、施術を受けるようお願い申し上げます。