

# 初診・カウンセリング申込用紙

## 【個人情報の取り扱い】

ご提供いただいた個人情報は、「個人情報の取り扱いに関する重要事項」に基づき取り扱います。

## 【カウンセリング方針】

- ・お客様の希望を丁寧に伺い、お客様の立場に立ったカウンセリングを行います。
- ・お客様からの希望があっても、適応がない場合や、不要な場合は施術をお勧めしません。
- ・安全に施術ができないと判断した場合には、施術をお断りすることがあります。
- ・施術への協力が得られない場合、意思疎通を図るのが難しい場合、他のお客様にご迷惑になると判断した場合には、施術をお断り、または中断することがあります。

お名前	「個人情報の取り扱いに関する重要事項」の内容について同意した上で個人情報を提供します。		
	ふりがな	( 男 ・ 女 ) ( 既婚 ・ 未婚 )	
ご住所	国籍:	〒 -	
	都・道 府・県		
血液型	A ・ B ・ O ・ AB	生年月日	西暦 年 月 日 ( 才 )
	職業 会社員 ・ 会社役員 ・ 会社経営 ・ 公務員 ・ サービス業 ・ 自営業 ・ 芸能関係 専業主婦 (主夫) ・ 学生 ・ フリーター ・ 無職 ・ その他 ( )		
自宅電話	-	-	携帯電話 -
メールアドレス	@		

◆ お知り合いからのご紹介を受けられた方は、ご紹介者のお名前、診察券番号をご記入ください。

ご紹介者のお名前 ( ) 様 診察券No. ( )

★当院を知っていただいたきっかけを教えてください。

【web】 口コミ広場 ・ 病院なび ・ E-PARK ・ エキテン ・ Qlife ・ カルー ・ google ・ Yahoo!  
・ 公式HP ( PC ・ スマホ ) ・ その他 ( )

【SNS】 Instagram ・ Facebook ・ LINE@ ・ Twitter ・ その他 ( )

【TV】 番組名 ( )

【看板】 金山総合駅 ・ 名城線車内 ・ その他 ( )

【雑誌】 雑誌名 ( )

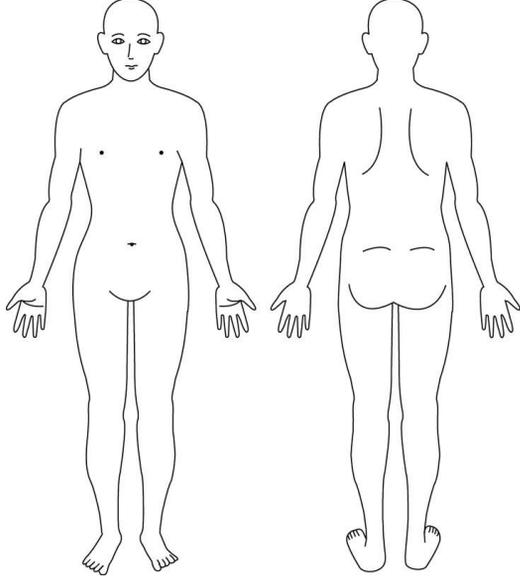
ご記入ありがとうございました。この用紙は、ご記入後にスキャンして電子情報として保存いたします。ご記入いただいた用紙原本は、スキャンした後に破棄いたします。  
あいち栄クリニック

# 初 診 時 間 診 票

安全に医療を受けていただくため、正確にご記入をお願いいたします。

気になることは相談の際、医師に確認してください。

既往歴・現病歴・使用中・服用中のお薬について、妊娠・出産・授乳について、アレルギー、その他お体で心配なこと等について事前の申告がない場合、当院では一切の責任を負いかねます。

どのようなことで来院されましたか？	
1 いつ頃からですか？	頃から
2 どの部位にどんな症状ですか？	
3 このことで何か治療をしていましたか？ (いいえ・はい)	内服薬 外用薬 その他
4 現在他院にて検査・治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい)	病名 薬剤
5 右記に当てはまりますか？ (いいえ・はい)	妊娠中・妊娠の可能性がある・授乳中・ 3ヶ月以内に(出産・中絶・流産)をした。

確認医師サイン：

＜ご記入ありがとうございました。カウンセリングの際、最初に医師へお渡しください。＞

この用紙は、ご記入後にスキャンして電子情報として保存いたします。ご記入いただいた用紙原本は、スキャンした後に破棄いたします。  
あいち栄クリニック