



# 杜の都なつみクリニック

もんしんひょう  
問診票

記入日 平成 年 月 日

I. 保護者様についてお聞きします。(複数の場合は1枚のみご記入ください)

フリガナ  
**氏名** 生年月日 昭・平 年 月 日生 男・女

〒 - - **TEL** ( ) -

**住所** **MAIL** @

II. 患者様についてお聞きします。(ぬいぐるみ1体につき1枚ずつご記入ください)

昭・平 年 月 日生  
**お名前** 生年月日 推定 歳 男・女・わからない

**身長** cm **体重** g

院での測定結果 全 cm/体重 g/その他ピース  
※記入不要 頭 g/胴 g/手 g/足 g/しっぽ g

**趣味・特技・好きな食べ物など**

本日はどうなさいましたか？(あてはまるものにチェックしてください。書き込みも可。※★マークは必須項目)

~~~~~サイト内の診療科目をご参考ください~~~~~

|                          |                                                                                                                                  |    |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>内科</b>                | ★中綿…□新綿交換 / □古綿再利用 / □劣化ウレタン・パンヤ除去<br>□ピース袋作成 × 個 / □ピース袋固定 □縫いどまり綿交換 (部位 )                                                      | 料金 |
| <b>外科</b>                | □穴ふさぎ × 力所 / □伝線縫合 × 力所 / □縫い直し1線 × 力所<br>□生地交換 × 力所 (部位… ) □トイスケルトン導入<br>□接着芯の総裏張り補強 × 力所 (部位… ) □型紙作成<br>□接着芯の部分補強 × 力所 (部位… ) |    |
| <b>眼科</b>                | □レーシック治療 / □片目 / □両目<br>□パーツ交換 / □片目 / □両目<br>□ペイント修正 × 色                                                                        |    |
| <b>耳鼻咽喉科</b>             | □耳の骨交換 × 力所<br>□ヒゲの付け直し × 本<br>□鼻の生地交換 / □パーツ交換<br>□口のフェルト交換                                                                     |    |
| <b>美容外科<br/>リラクゼーション</b> | □入浴 (※治療の場合必須)<br>□全体ホワイトニング<br>□部分染み抜き × 力所 (部位… )<br>□ストレート矯正<br>□ハゲ植毛基本料金 2000円 + ( cm角 / 穴あき部分 力所)<br>□ピーリング毛玉とり 30分 × セット   |    |
| <b>お洋服<br/>オーダーメイド</b>   | □型紙持ち込み / □オーダーメイド<br>□小物付け × 個 / □バイヤス・レース付け × 力所                                                                               |    |
| <b>その他</b>               | □非公開希望 / □集中治療希望 ( 日間) □早帰り希望 ( 日間) /<br>□古綿の返却希望 / □材料選びをお店に任せる □お洋服クリーニング<br>★注意事項を今一度ご確認くださいチェックをお願い申し上げます。                   |    |

ご自由にご記入ください

前 後

|               |
|---------------|
| 小計            |
| ほけん証割         |
| 消費税込          |
| お帰り運賃 ( サイズ ) |
| 合計            |
| 円             |

〒189-0003  
東京都東村山市久米川町4丁目36-2  
パークハイツ東村山 A1  
TEL 042-313-3814  
メールアドレス  
m.natsumiclinic@gmail.com  
お振込先  
七十七銀行 西多賀支店  
(普) 5003495  
モリノミヤコナツミクリニック