



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
NO.

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

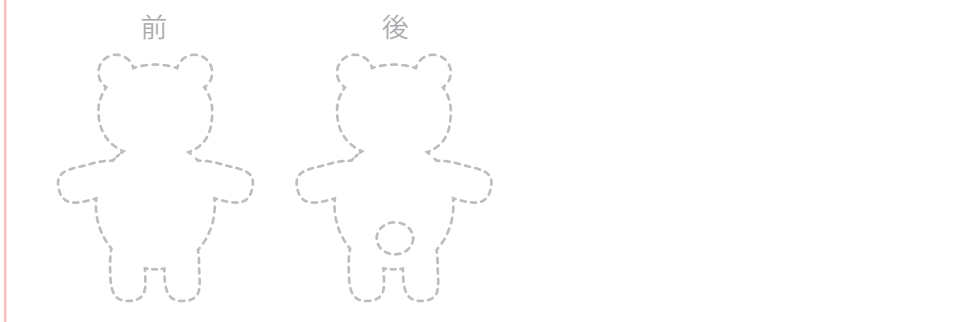
趣味・特技・好きな食べ物など

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 / □劣化ウレタン除去<br>□ピース袋の作成 × 個 / □ピース袋固定 □縫いどまり綿交換 (部位 )                                                          |                                            |
| <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… )<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</b><br>リラクゼーション | □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 cm角)<br>□ピーリング毛玉とり 30 分 × セット |                                            |
| <b>お洋服</b><br>オーダーメイド   | □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 1 着 300 円<br>★注意事項を今一度ご確認くださいませますようお願い申し上げます。         | 小計<br>ほけん証割<br>消費税込<br>お帰り運賃 ( サイズ )<br>合計 |

ご自由にご記入ください



円

〒989-3204  
宮城県  
仙台市青葉区南吉成 5 丁目 1-8  
TEL 022-209-3502  
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