

問診票

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

TEL () -

住所

MAIL @

II. 患者様についてお聞きします。(ぬいぐるみお一人さまにつき1枚ずつご記入ください)

お名前

生年月日

昭・平 年 月 日生

推定 歳

性別 男・女・不明

A+B+C=

全長

cm

体重

g

院での測定結果 A B C= cm/体重 g/ピース
※記入不要 頭 g/体 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。ご要望は自由に書き込んでください。)

<p>ご入院基本サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中綿(ご希望にチェックをしてください)…<input type="checkbox"/>新綿交換 / <input type="checkbox"/>中綿再利用 ・お風呂エステ(※治療の場合必須) ・全体ホワイトニング ・ストレート矯正 or 基本ピーリング 		基本ご入院費用
<p>~~~~サイト内の診療科目をご参考にチェックをしてください。~~~~</p>		
内科	<input type="checkbox"/> ウレタン・パンヤ・パウダービーズ除去 <input type="checkbox"/> ビーズ袋作成 × 個 / <input type="checkbox"/> ビーズ袋固定 / <input type="checkbox"/> 縫いどまり綿交換(部位) <input type="checkbox"/> こころハート / <input type="checkbox"/> パウダービーズ導入	<p>記入不要</p>
外科	<input type="checkbox"/> 穴ふさぎ × カ所 / <input type="checkbox"/> 伝線縫合 × カ所 / <input type="checkbox"/> 縫い直し × カ所 <input type="checkbox"/> 生地交換 × カ所(部位…) <input type="checkbox"/> 接着芯の総裏貼り補強 × カ所(部位…) <input type="checkbox"/> 接着芯の部分補強 × カ所(部位…) <input type="checkbox"/> 可動治療(トイスケルトン・ワイヤー)	
眼科	<input type="checkbox"/> レーシック治療 / 片目 / 両目 / <input type="checkbox"/> プラスチックパーツ復元 <input type="checkbox"/> パーツ交換 / 片目・両目 <input type="checkbox"/> オメメのお色修正(<input type="checkbox"/> ペイント × カ所 / <input type="checkbox"/> カッティングシート × カ所)	
耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 耳の骨交換 × カ所 <input type="checkbox"/> ヒゲの付け直し × 本 <input type="checkbox"/> 鼻の生地交換 / <input type="checkbox"/> オミミパーツ交換	
美容外科 リラクゼーション	<input type="checkbox"/> 部分染み抜き × カ所(部位…) <input type="checkbox"/> ハゲ植毛基本料金 1000 円 + (cm 四方 / 穴あき部分 カ所) <input type="checkbox"/> ピーリング毛玉とり 30 分 × セット	
オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 型紙持ち込み / <input type="checkbox"/> 仮縫い付オーダーメイド	
その他 オプション	<input type="checkbox"/> 急患オプション / <input type="checkbox"/> 集中治療※予約(日間) / <input type="checkbox"/> 早帰りオプション※予約(日間) <input type="checkbox"/> 非公開希望 3000 円 / <input type="checkbox"/> 古綿返却 / <input type="checkbox"/> 材料選びをお店に任せる <input type="checkbox"/> お洋服クリーニング 着 <input type="checkbox"/> お帰りの際に箱のサイズが小さい場合は新品の箱を購入希望 <input type="checkbox"/> ★必ず「注意事項」「初めて入院される保護者様へ」をお読みいただきチェックをお願いします。 チェックがない場合はホームページ記載内容に同意したものとします。	

ご自由にご記入ください

前

後

小計	
しんさつけん割	
消費税込	
お帰り運賃(サイズ)	
合計	円

〒110-0015
東京都台東区東上野5丁目4-19
第一佐藤ビル4階
TEL 03-5246-4564
m.natsumiclinic@gmail.com
お振込先
きらぼし銀行 御徒町支店
(普) 5024590
モリノミヤコナツミメディカルソ
ーシング(カ)

※ご予算がありましたらご記入ください。可能な限りご予算にあった治療内容をご提案いたします。