



杜の都なつみクリニック 問診票

記入日 令和 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

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

昭・平・令 年 月 日生

生年月日

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/ビーズ

※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"/> オメメ再生術 / 研磨法 / 右目・左目 / <input type="checkbox"/> パーツ復元法 <input type="checkbox"/> パーツ交換 / 右目・左目 <input type="checkbox"/> お色味修正 (<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 1100円 + (cm四方 / 穴あき部分 カ所) <input type="checkbox"/> ピーリング毛玉とり 60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"/> 早帰りお着替え※予約(日間) <input type="checkbox"/> 非公開希望 3300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"/> 昔の写真 有・無 ※30歳以上の患者さまに限り / <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」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。 <input type="checkbox"/> メディアの取材の際にご協力いただける方はチェックをお願いします。	

ご自由にご記入ください

前 後

お帰り運賃(サイズ)

合計

円

〒101-0047
 東京都千代田区内神田 1-12-13
 第一内神田ビル 301
 TEL 03-5577-4573
 お振込先
 きらぼし銀行御徒町支店【002】
 (普) 5024590
 モリノミヤコナツツミメディカル
 ソーイング(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。