



杜の都なつみクリニック 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)

昭・平・令 年 月 日生
お名前 _____ **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 頭 g/体 g/手 g/足 g/しっぽ g
 ※記入不要 ビーズ 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。)

ご入院 基本サービス		・中綿(ご希望にチェックをして下さい)… <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 ・ストレートピーリング	基本ご入院費用
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	記入不要	記入不要
外科	<input type="checkbox"/> 穴ふさぎ × 箇所 / <input type="checkbox"/> 伝線縫合 × 箇所 / <input type="checkbox"/> 縫い直し × 箇所 <input type="checkbox"/> 生地交換 × 箇所(部位…) <input type="checkbox"/> 接着芯の総裏貼り補強 × 箇所(部位…) <input type="checkbox"/> 接着芯の部分補強 × 箇所(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 × 箇所 / <input type="checkbox"/> カッティングシート × 箇所)		
耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 耳の骨交換 × 箇所 <input type="checkbox"/> 鼻の生地交換 / <input type="checkbox"/> 鼻のパーツ交換 <input type="checkbox"/> ヒゲの付け直し × 本		
美容外科 リラクゼーション	<input type="checkbox"/> 部分染み抜き × 箇所(部位…) <input type="checkbox"/> オハゲ・薄毛植毛治療 <input type="checkbox"/> 追加ストレートピーリング60分 × セット		
オーダーメイド	<input type="checkbox"/> お洋服型紙持ち込み / <input type="checkbox"/> 仮縫い付お洋服オーダーメイド		
その他 オプション	<input type="checkbox"/> 急患オプション / <input type="checkbox"/> 集中治療オプション※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

小計 _____
 お帰り運賃 (サイズ) _____
 材料費 _____
 合計 _____ 円

※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。