●**お名前**（**カタカナ**で）**※必須**

**●ご住所　※必須　　 　〒　　　　　　　-**

**●緊急連絡先 ( お持ちであれば携帯番号 )　※必須**

**（　　　　　　　　　　　―**―　**）**

**■どうなさいましたか。（症状を簡単にお書き下さい）■**

**●女性の場合：　妊娠（している・していない）、　可能性（有・無）**

**●小児の場合：　体重　　　　　kg**

**●アレルギー（有・無）有の場合、何に対するアレルギーかお書き下さい（薬・ゴム・食べ物など）**

**●現在、飲んでいる薬（有・無）有の場合、全てお書き下さい（サプリ等含む）**

**お薬手帳をお持ちの方は記入せず、受付に手帳をお渡し下さい。**

**●既往歴**

**病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時期：**

**●ご来院されたきっかけに☑をおつけ下さい。**

**□**通りがかり **□**紹介 **□**ホームページ **□**電柱広告 **□**郵便局封筒

**基礎化粧品でお悩みの方へ。**

敏感肌用に開発した当院のドクターズコスメ(基礎化粧品)を是非お試し下さい。

**初回購入時全品50％OFF**とし、さらに、**毎回20％OFF券**をお渡しします。

お気軽にご相談下さい。　　　　　　　　　　**ご記入が終わりましたら受付にお渡し下さい。**