

問診表

受付日 年 月 日

ふりがな								
お名前	様	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	歳
ご住所	※ クリニックよりご連絡差し上げる場合もございますので、ご記入お願い致します。				ご職業			
電話番号	携帯:	-	-	ご自宅:	-	-		

隣接する恵比寿内科クリニックを受診されたことはありますか？(○をつけてください) はい ・ いいえ

※患者様へより効率的・効果的な医療を提供するため、恵比寿内科クリニックのカルテ情報(処方薬や検査結果)を共有させていただきます。

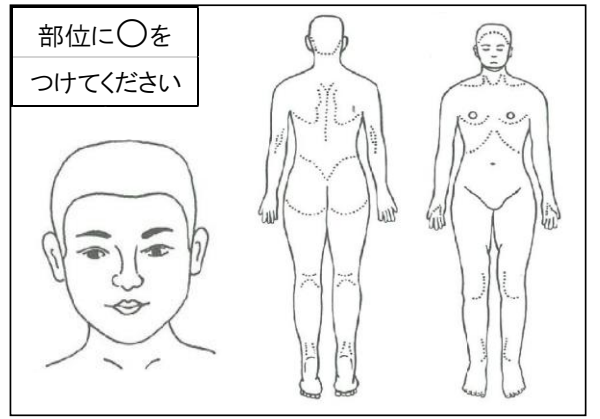
どのような症状ですか？

<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> はれている	<input type="checkbox"/> 発疹がある
<input type="checkbox"/> 乾燥	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> ヘルペス
<input type="checkbox"/> 円形脱毛	<input type="checkbox"/> 虫刺され	<input type="checkbox"/> にきび	<input type="checkbox"/> 水虫
<input type="checkbox"/> いぼ	<input type="checkbox"/> おでき	<input type="checkbox"/> 傷	<input type="checkbox"/> 禁煙治療
<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 日焼け		
<input type="checkbox"/> その他 []			

いつからですか？

今日 _____ 日前から

_____ 年 _____ 月頃(____ 歳から) その他()



現在飲んでいるお薬はありますか？ また、上記症状の治療のために服用・使用中のお薬はありますか？

はい ・薬の名前 []

いいえ

現在治療中の病気はありますか？

はい ・病名 []

いいえ

★アレルギーはありますか？

はい ・薬剤アレルギー []

 ・食物アレルギー []

 ・その他 []

いいえ

過去にかかった病気はありますか？

<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 花粉症
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肝臓病		
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍・がん ()			<input type="checkbox"/> その他 ()			

ご家族で大きな病気にかかられた方はいますか？

はい ・間柄 [] ・病名 []

いいえ

◎女性の方へ 現在妊娠していますか？ またその可能性はありますか？

はい (_____ ヵ月) いいえ 可能性あり

◎女性の方へ 現在授乳中ですか？

はい いいえ

ご希望の治療や検査はありますか？(回答は希望される方のみで結構です)

ケミカルピーリング 医療用レーザー脱毛 レーザーフェイシャル IPLフォトフェイシャル アクセントウルトラ

ビタミン注射 高濃度ビタミンC点滴 プラセンタ注射 禁煙治療 アレルギー検査 遅延型アレルギー検査

男性型脱毛改善薬(プロペシア) 血液クレンジング その他()

どのようにして当院をご存知になりましたか？

知人の紹介 ご紹介者() 様 ホームページ PC スマートフォン

入口看板 通りがかり その他()