

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

隣接する恵比寿内科クリニック又は恵比寿形成外科・美容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)

内科 形成外科・美容クリニック 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) 家族の紹介 ホームページ 口コミ検索 LINE

インスタグラム その他SNS 医療機関の紹介 入口看板 通りがかり その他( )

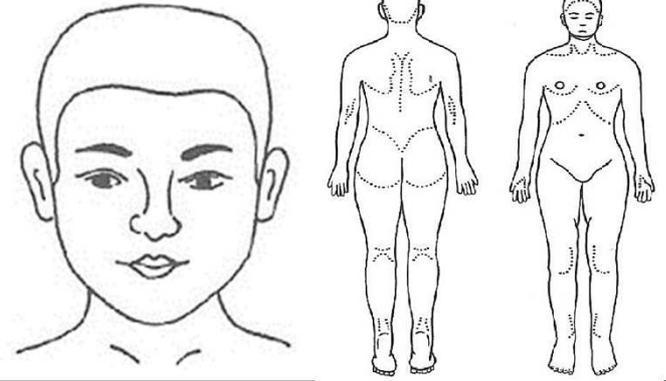
どのような症状ですか？

- かゆい 痛い はれている いぼ  
発疹がある 乾燥 鼻水 傷  
目のかゆみ ヘルペス 円形脱毛 水虫  
虫刺され ニキビ おでき やけど  
日焼け 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( )

部位に○をつけてください



現在使用して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？

内服薬 はい 薬の名前【 】 いいえ  
 外用薬 はい 薬の名前【 】 いいえ

現在飲んでいるサプリメント又は健康食品はありますか？

はい 【 】 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【 】  
いいえ ・食物アレルギー・その他【 】

過去にかかった病気はありますか？

狭心症 心筋梗塞 不整脈 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症  
甲状腺疾患 蕁麻疹 高血圧 糖尿病 肝臓病 悪性腫瘍・がん【 】  
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

◎女性の方は、現在妊娠されていますか？

はい ( 月) 授乳中 妊娠希望(治療中) いいえ 現在ピルを飲まれていますか？ はい いいえ

ご希望の治療や検査はありますか？(回答はご希望される方のみで結構です)

アレルギー検査 遅延型アレルギー検査 その他( )

以下、美容メニューについてご相談される方はご記入をお願いいたします

当院でご希望の施術はありますか？(ケミカルピーリング・レーザーフェイシャル・ウルトラアセント・ダーマペン・フレンチショット)  
ない 提案してほしい ある → (イオン導入・レーザー脱毛・美容点滴・男性型脱毛改善薬・その他)

☆皮膚の疾患(ニキビ、頭皮のかゆみ、抜け毛、手の湿疹、帯状疱疹の痛みなど)は、日中の集中力を下げたり、疲労回復の為に睡眠の質を下げたりと、日常生活に様々な影響を与えます。

当院では、保険治療だけではなく、サプリメントや注射など自費治療を含めたサポートを提案しております。

お気軽にご相談ください。

