

# 問診表

2018

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

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) 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、恵比寿形成外科・美容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  パソコンサイト  スマホサイト  口コミ検索  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  発疹がある

乾燥  鼻水  目のかゆみ  ヘルペス

円形脱毛  虫刺され  にきび  水虫

いぼ  おでき  傷  禁煙治療

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？

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( )

