

問診表

受付日 年 月 日

隣接する恵比寿皮膚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、恵比寿皮膚科クリニック、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()

【内科】本日はどのようなご相談で来院されましたか？

体温
_____℃

どのような症状ですか？
□発熱 □せき □たん □のどの痛み □鼻水 □頭痛 □めまい
□お腹が痛い □胃が痛い □下痢 □便秘 □吐き気 □嘔吐 □食欲がない
□胸痛 □動悸 □息切れ □体がだるい □不眠
□その他()

いつからですか？
□今日 □_____日前 □その他 _____前から

☆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

現在飲んでいる薬はありますか？
□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

今まで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 □高血圧 □肝臓病 □糖尿病
□甲状腺疾患 □アトピー性皮膚炎 □蕁麻疹 □アレルギー性鼻炎
□悪性腫瘍() □その他()

◎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 (_____ カ月) □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)
□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
□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
□男性型脱毛改善薬(プロベシア) □血液クレンジング □その他()

【皮膚科】をご希望の方はご記入ください
どのような症状ですか？ ※症状のある部位を○で囲んでください→

いつからですか？
□_____日前 □_____年 _____月頃(_____歳から)

