

# 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   
 ロコミ検索   
 SNS  
 医療機関の紹介   
 入口看板   
 通りがかり   
 その他(                      )

☆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 (              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)

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(プロペシア)     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)

