問診票

受付日　　年　　月　　日　恵比寿形成外科・美容クリニック

フリガナ		年齢	歳
氏名		性別	男　・　女
生年月日	西暦　　年　　月　　日		
住所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
どのようにして当院を知りましたか？	□知人の紹介〔紹介者　　〕　□本院より紹介　（内科・皮膚科） □近所　□スマホサイト　□PCサイト □口コミサイト　□その他　［　　〕		

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？　はい　・　いいえ

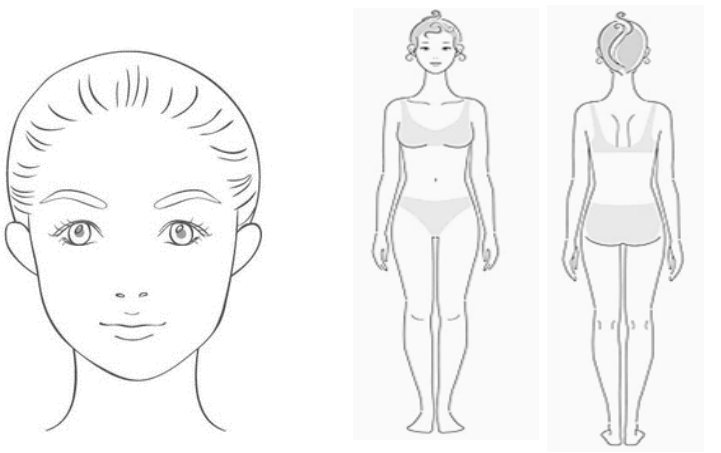
隣接する恵比寿皮膚科クリニックを受診されたことはありますか？　はい　・　いいえ

どのような症状ですか?

現在治療中の病気はありますか？
□いいえ〔いつ頃　　〕
□はい　〔病名　　〕

今までにかかった病気はありますか？（既往歴）
□いいえ
□はい　〔病名　　〕

相談したい身体の部位に○をつけてください



今まで受けた手術はありますか？
□いいえ　□はい〔病名　　〕〔いつ頃　　〕

ご家族で大きな病気にかかられた方はいますか？（家族歴）
□いいえ　□はい〔間柄　　〕〔病名　　〕

現在服用している薬はありますか？（内服歴）
□いいえ　□はい〔薬名　　〕

アレルギーはありますか？（アレルギー歴）
□いいえ　□はい
〔医薬品　　〕〔飲食物　　〕〔その他　　〕

女性の方へ。現在妊娠されていますか？　授乳中ですか？
□いいえ　□はい〔　　週目〕　□可能性あり　□授乳中

今までに美容の施術をうけたことがありますか？
□いいえ　□はい〔内容　　〕
美容について悩みや興味がある美容はありますか？あれば○をつけてください。
シミ　・　しわ　・　ほくろ　・　たるみ　・　赤ら顔　・　その他〔　　〕
レーザー　・　光治療　・　痩身　・　美容点滴　・ヒアルロン酸　・　ボトックス

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？
□いいえ　□はい

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※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及び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。