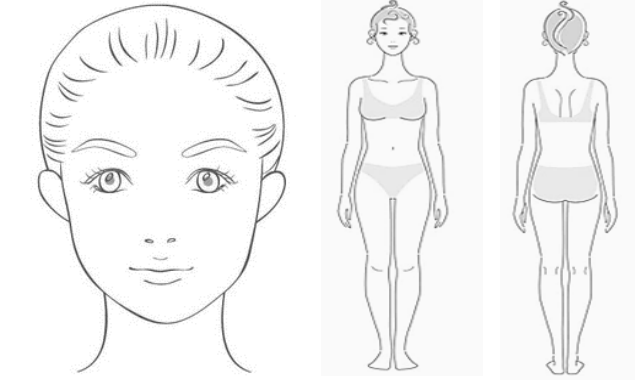
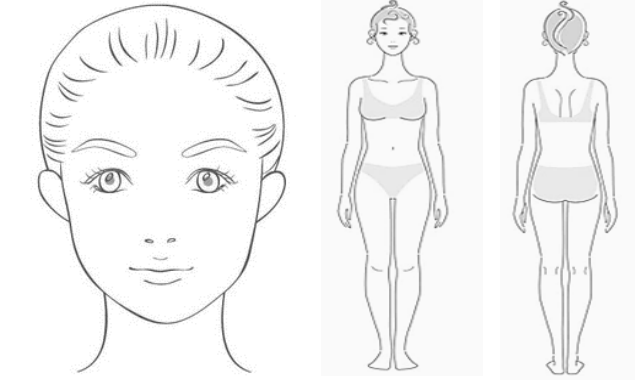


問診票

受付日 年 月 日 恵比寿形成外科・美容クリニック

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
		年齢	歳
住所	〒		
電話番号			
どのようにして当院を知りましたか？	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者) <input type="checkbox"/> 本院より紹介(皮膚科・内科) <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> PCサイト/スマホサイト <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> その他()		
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
どのような症状ですか？	相談したい身体の部位に○をつけてください 		
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ (いつ頃) <input type="checkbox"/> はい (病名)			
今までにかかった病気はありますか？(既往歴) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名)			
今まで受けた手術はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名) (いつ頃)			
ご家族で大きな病気にかかれた方はいますか？(家族歴) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (間柄) (病名)			
現在服用している薬はありますか？(内服歴) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名)			
アレルギーはありますか？(アレルギー歴) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (週目) <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中			
今までに美容の施術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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			
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。			