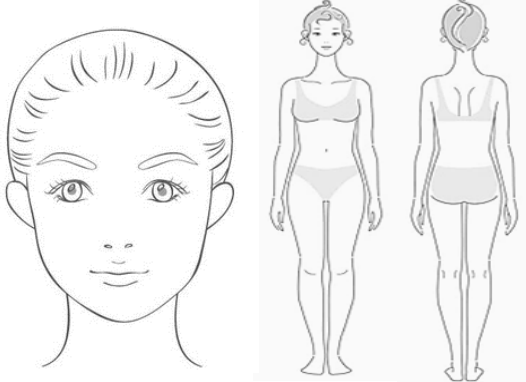


問診票

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				
生年月日	西暦	年 月 日	性別	男 ・ 女
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？	<input type="checkbox"/> 知人の紹介〔紹介者 _____ 〕 <input type="checkbox"/> 本院より紹介（内科・皮膚科） <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> スマホサイト <input type="checkbox"/> PCサイト <input type="checkbox"/> コミサイト <input type="checkbox"/> ホットペッパービューティー <input type="checkbox"/> その他 [_____]			
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 <input type="checkbox"/> はい〔病名 _____ 〕				
今までにかかった病気はありますか？ <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 _____ 〕				
現在服用している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい〔薬名 _____ 〕				
薬や注射でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい〔薬名 _____ 〕〔症状 _____ 〕				
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				

※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。