

榊原クリニック表参道院問診表

枠内は必ずご記入ください

(ふりがな)

M・T

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

〒

住所 \_\_\_\_\_

固定電話もしくは実家の電話番号： \_\_\_\_\_ 自宅 会社 実家

携帯電話： \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

- ※ 個人情報、診療情報及び医療サービスご案内送付の際に使用する場合がございました。個人情報の取り扱いにつきましてはHPにてご確認ください。ご案内送付が不要の方はチェックを入れてください。 案内不要
- ※ 予約変更等でお電話する場合があります。『榊原クリニック』とクリニック名を出してもよいですか？  
『榊原クリニック』でよい 個人名の『榊原』で連絡がほしい

メールアドレス \_\_\_\_\_ PC 携帯電話

1. こちらの病院は何でお知りになりましたか。

- 病院からの紹介 ( \_\_\_\_\_ )
- 家族・友人・知人からの紹介 (紹介者名 \_\_\_\_\_ )
- 薬局からの紹介 ( \_\_\_\_\_ )
- PCホームページ 携帯ホームページ ツイッター タウンページ
- 電柱広告を見て 雑誌 ( \_\_\_\_\_ )
- テレビを見て ( \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 次の病気にかかった方、かかっている方は印を付けてください。

- 腎臓病 心臓病 肝臓病 糖尿病 喘息 血液病 高血圧
- 低血圧 結核 胃潰瘍 胃炎 貧血 胆石 緑内障

3. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか。 ある ない

『ある』とお答えの方、何の病気または手術ですか。

( \_\_\_\_\_ )

4. 手術や歯科で麻酔を使った経験がありますか。 ある ない

『ある』とお答えの方、気分が悪くなったことはありますか。 ある ない

5. 薬の副作用でアレルギーの経験がありますか。 ある ない

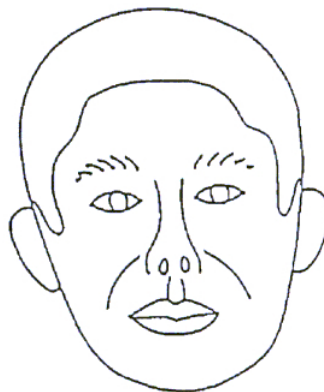
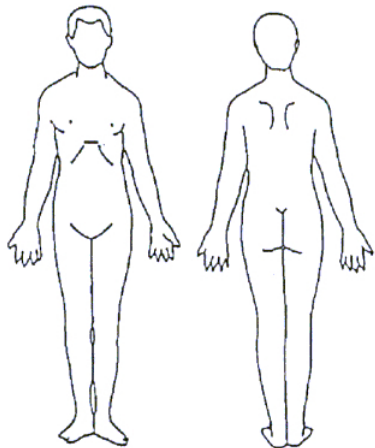
『ある』とお答えの方、お薬のお名前もしくはどのような症状の時に処方されたお薬ですか。

( \_\_\_\_\_ )

※両面ご記入ください※

# 本日の診療について

1. 診察を受けたい場所に○印を付けてください。



2. 症状をお選びください。

- |      |                                  |                                  |                                  |                               |
|------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 皮膚科  | <input type="checkbox"/> 湿疹・かぶれ  | <input type="checkbox"/> じんましん   | <input type="checkbox"/> アトピー    | <input type="checkbox"/> ニキビ  |
|      | <input type="checkbox"/> 水虫      | <input type="checkbox"/> 円形脱毛症   | <input type="checkbox"/> イボ・タコ   | <input type="checkbox"/> 白斑症  |
|      | <input type="checkbox"/> 多汗症     | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                  |                               |
| 形成外科 | <input type="checkbox"/> 外傷      | <input type="checkbox"/> アザ      | <input type="checkbox"/> ほくろ     | <input type="checkbox"/> ヤケド  |
|      | <input type="checkbox"/> 巻き爪     | <input type="checkbox"/> 唇裂・口蓋裂  | <input type="checkbox"/> 皮膚のできもの | <input type="checkbox"/> 血管腫  |
|      | <input type="checkbox"/> ケロイド    | <input type="checkbox"/> わきが     | <input type="checkbox"/> 傷跡修正    | <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 |
|      | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                  |                                  |                               |

以下は健康保険適用されません。

- |       |                                   |  |                                  |                                 |
|-------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| 美容皮膚科 | <input type="checkbox"/> シミ       | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注入        | <input type="checkbox"/> 針脱毛     | <input type="checkbox"/> レーザー脱毛 |
|       | <input type="checkbox"/> ソフトピーリング | <input type="checkbox"/> イオン導入           | <input type="checkbox"/> イレズミ除去  | <input type="checkbox"/> ピアス    |
|       | <input type="checkbox"/> プラセンター注射 | <input type="checkbox"/> カクテル点滴          | <input type="checkbox"/> うす毛治療   | <input type="checkbox"/> しわ・たるみ |
|       | <input type="checkbox"/> ボトックス注入  | <input type="checkbox"/> サーマクール          | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                 |
| 美容外科  | <input type="checkbox"/> 二重まぶた    | <input type="checkbox"/> 隆鼻術             | <input type="checkbox"/> 豊胸術     | <input type="checkbox"/> 脂肪吸引   |
|       | <input type="checkbox"/> でべそ      | <input type="checkbox"/> しわ取り手術(フェイスリフト) |                                  |                                 |
|       | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |                                  |                                 |

3. いつ頃から

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃より  
\_\_\_\_\_ 歳より  
\_\_\_\_\_ 位前から

4. 女性のみお答えください。

- |               |                             |                              |
|---------------|-----------------------------|------------------------------|
| 現在、生理中ですか？    | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 妊娠の可能性はありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 授乳中ですか？       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

5. 嗜好品

- |                              |                                      |                            |                                   |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> タバコ | <input type="checkbox"/> 1日 _____ 本位 | <input type="checkbox"/> 酒 | <input type="checkbox"/> 毎日飲む     |
|                              | <input type="checkbox"/> 全く吸わない      |                            | <input type="checkbox"/> 1週間に2回以上 |
|                              |                                      |                            | <input type="checkbox"/> 1週間に2回以下 |
|                              |                                      |                            | <input type="checkbox"/> 全く飲まない   |

※両面ご記入してください※