

問診票(1/2)

No.

年 月 日

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	年 月 日生 (歳)	血液型	型	
住所	〒()	DM (ダイレクトメール) 表参道メディカルクリニックの お得な情報をお届けします	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> メールにて希望する <input type="checkbox"/> 郵送にて希望する	
携帯電話番号	()	連絡可能時間	時 ~ 時	
E-mail	<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.co.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp <input type="checkbox"/> hotmail.co.jp <input type="checkbox"/> icloud.com その他 ()			

● アレルギー

なし あり
 食品() 植物 金属 日光 アルコール 花粉症
 麻酔 化粧品 ラテックス・ゴム 薬(薬品名)
 その他()

● 今までにかかったことのあるご病気や手術歴、現在治療中ご病気について教えてください

なし あり
 高血圧 心疾患 糖尿病 B型肝炎 C型肝炎 リウマチ 結核
 HIV 梅毒 婦人科疾患 血液疾患 腎疾患 甲状腺疾患 ヘルペス
 喘息 緑内障 不整脈 アトピー ケロイド体質 接触性皮膚炎
 悪性腫瘍(部位:) 輸血 その他()
 手術(内容:) 時期:)

● 血が止まりにくいと指摘されたことはありますか？

いいえ はい

● 現在内服、外用中のお薬等について教えてください(市販薬・サプリメント等含む)

なし あり
 抗生剤 風邪薬 痛み止め 睡眠薬 ビル等のホルモン剤 甲状腺の薬
 精神安定剤 血液サラサラの薬 心臓の薬 血圧の薬 コレステロールの薬 糖尿病の薬
 リウマチの薬 アレルギーの薬 免疫抑制剤 ステロイド剤 その他()

● 今までに歯科医院等で局所麻酔を使用した経験はありますか？

いいえ はい(何かトラブルが起きたことはありますか？ いいえ はい)

● 肌のタイプで心配な事がありますか？(該当項目全てにチェックをお願いいたします)

いいえ はい
 薄い 弱い かぶれ易い 傷が治りにくい ケロイド 湿疹が出易い
 その他()

● コンタクトレンズを使用していますか？

いいえ はい(ハード・ソフト)

● 眉毛の脱色・カラーリングをしていますか？

いいえ はい

● 近日中に大切なご予約はありますか？(結婚式・旅行・同窓会など)

いいえ はい

