

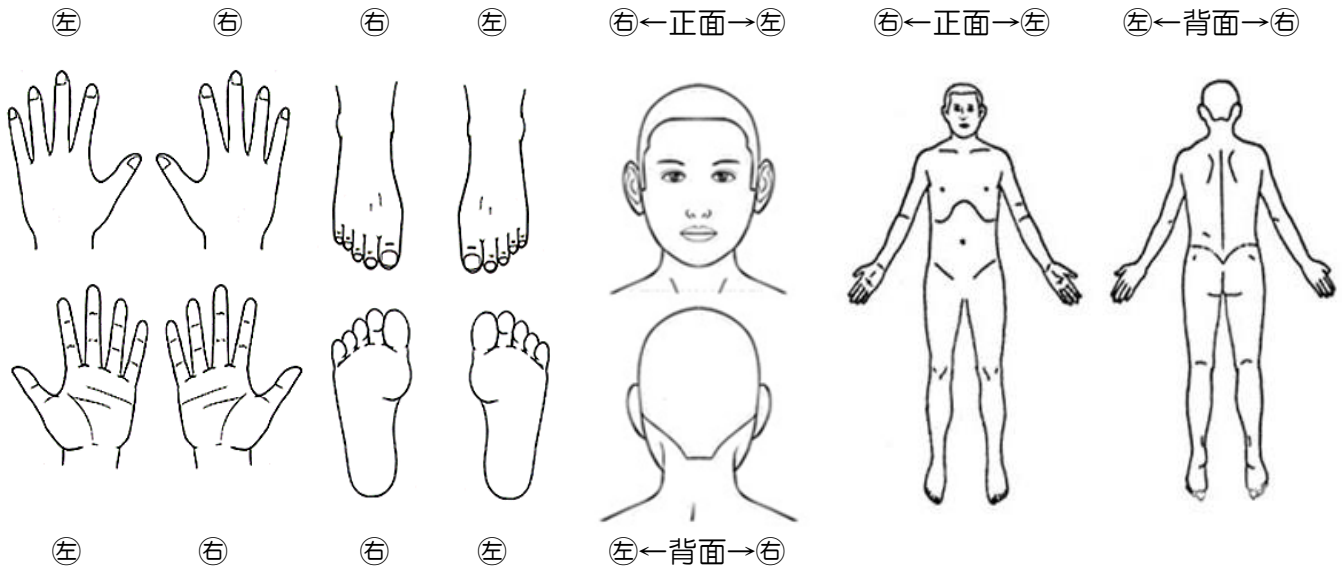
形成外科・皮膚科問診表

20 年 月 日

フリガナ		住所	〒	—
氏名	男・女			
生年月日	令和・平成 年 月 日 昭和・大正 (才)	電話番号	()	—
		携帯番号	—	—
		体重		Kg

※診察の参考に使用させていただきますので、過不足なくご記入お願いいたします。

1. 症状のある部位はどちらですか？下記イラストの該当箇所には○をつけ、症状を教えてください。



{ けが ・ やけど ・ できもの ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ 痛み ・ にきび ・ いぼ }
{ その他 () ・ 紹介状持参 }

2. いつごろから症状がありますか？いずれかに数字を記入してください。

日前から 週間前から か月前から 年前から 年 月 日から

3. 他の病院などを受診しましたか？また、なんとおっしゃいましたか？

なし ・ ある (医療機関名:) (受診結果:)

4. 今までに麻酔を使用したことがありますか？※歯科での麻酔も含む

なし ・ ある (傷病名:) (医療機関:)

5. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。

なし ・ ある { ・花粉症 (アレルギー性鼻炎) ・喘息 ・じんましん ・アトピー性皮膚炎 }
{ ・胃潰瘍 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞 }
{ ・脳梗塞 ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他 (病名は?:) }

6. お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

なし ・ ある (アレルギー: 副作用:)

7. 現在、内服中のお薬はありますか？○をつけてください。

なし ・ ある (お薬の名前:)

8. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？○をつけてください。

いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。その他何かご要望などがあればお書きください。