

形成外科問診票

(ふりがな)

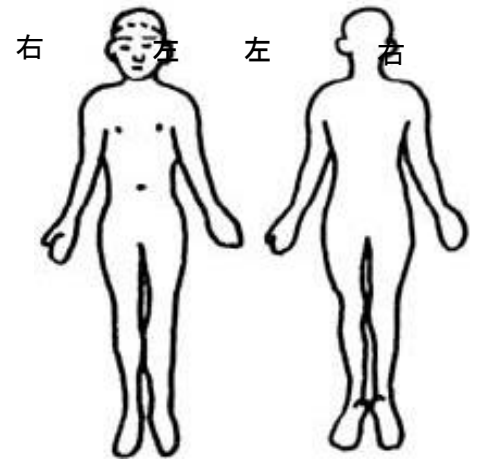
性別： 男 ・ 女 職業（ ）

お名前

年齢（ ）歳 身長（ ）cm 体重（ ）kg

※ 以下の該当する項目に☑を入れ、必要事項をご記入ください

1 診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください



2 どうされましたか？具体的にお書きください
(例：できもの、ケガ、傷あと、やけど、色や形の変形、床ずれ、骨折など)

月 日 頃から

4 上記の症状で当院へ受診される前に、他院で診察（治療）を受けましたか

いいえ はい → * 病院名（ ）
* 病名（ ） * 受診日（ 年 月 日）
* 紹介状 有 無
* 持参フィルム 有 無

5 今までにかかったことのある病気はありますか

ない
 ある → 糖尿病 ぜんそ 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病
 高血圧 悪性腫瘍 胃炎・胃潰瘍
 アトピー性皮膚炎 その他（ ）

6 お薬手帳は持参されていますか？ はい いいえ

7 今までに受けた手術がありますか

ない
 ある → * 病名（ ） * 受けた年齢（ ）歳

8 薬や注射でアレルギーはありますか

ない
 ある → * 薬（注射）のなまえ（ ）

9 食べ物でアレルギーはありますか

ない
 ある → * 食べ物のなまえ（ ）

10 写真を研究用に使用させていただいてもよろしいですか？ いいえ

※ ご自宅以外の連絡先（必ずご記入下さい）

電話番号（ ） お名前（ ）
◎緊急のご連絡が必要な際、お電話をしてよろしいですか？ 続柄（ ）
 はい いいえ

※ 女性の方のみご記入ください

* 現在妊娠中ですか はい いいえ * 現在授乳中ですか はい いいえ

11 介護保険の申請：なし・有（要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5）

12 1ヶ月以内に海外に行かれましたか？ はい いいえ