

形成外科問診票

氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名(		
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他(		
年齢	才	男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中
身長	cm	体重	Kg
1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有			
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う	1日平均 ( )本	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した ( )年前から
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む	1日に飲む量( )	( )回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した ( )年前から
介護保険の申請	なし・あり	( 要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
利き手はどちらですか 右 左			
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			

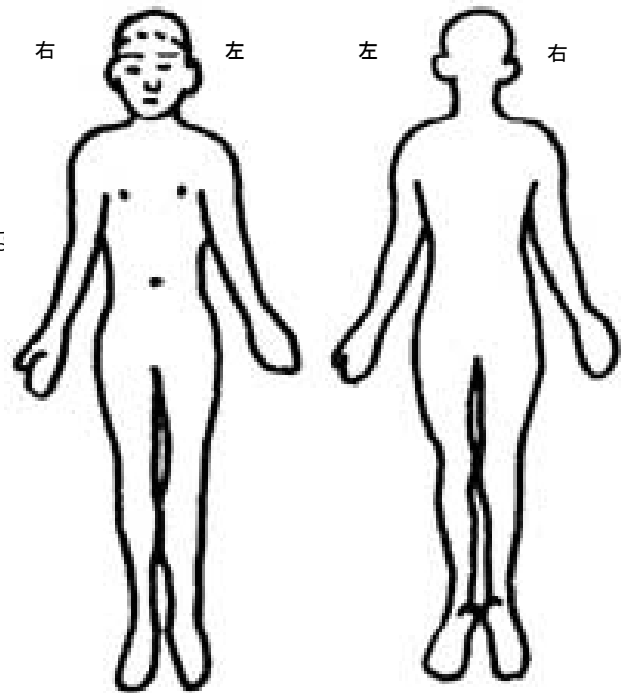
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください

※ 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 診てほ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

右 左 左 右



2 どうされましたか?具体的にお書き下さい

(例:できもの、ケガ、傷あと、やけど、色や形の変形、床ずれ、骨折)

月 日 頃から

3 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?

はい いいえ

4 携帯電話(本人)もしくは日中つながる連絡先

電話番号( )

◎緊急のご連絡が必要な際、お電話をしてよろしいですか?

はい いいえ

看護師サイン