

形成外科 問診票 (記入のうえ、受診日にお持ちください)

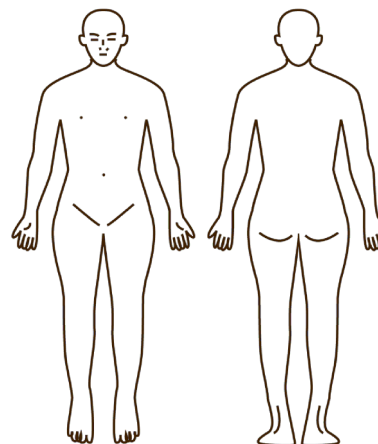
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

---

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1 いつから、どのような症状がありますか？

- ・ いつから： ( \_\_\_\_\_ 年、 \_\_\_\_\_ カ月、 \_\_\_\_\_ 週、 \_\_\_\_\_ 日) 前から \_\_\_\_\_ 不明
  - ・ 症状： かゆい、痛い、腫れている、つっぱる、  
動きが悪い、傷、力が入らない、  
しびれる、冷える、やけど、あざ  
まぶたがあがらない  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 症状のある部位を○で囲んで  
ください



2 今回の症状に対して診察を受けたことがありますか？

ない

ある 治療内容 ( \_\_\_\_\_ )  
病院名 ( \_\_\_\_\_ )

3 今までにケガや病気で治療・手術を受けたことはありますか？

ない

ある 心臓病 \_\_\_\_\_ 歳、糖尿病 \_\_\_\_\_ 歳、腎臓病 \_\_\_\_\_ 歳、高血圧 \_\_\_\_\_ 歳、喘息 \_\_\_\_\_ 歳、  
脳梗塞 \_\_\_\_\_ 歳、がん \_\_\_\_\_ 歳、  
その他 ( \_\_\_\_\_ )  
手術名 ( \_\_\_\_\_ )

4 今飲んでいるお薬はありますか

ない

ある ( \_\_\_\_\_ )

\*お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

5 今までに局所麻酔を使った検査や治療をしたことがありますか？

分からない

ない

ある  
・何の検査、手術、治療、処置ですか。  
( \_\_\_\_\_ )

・使用時、具合が悪くなったことはありませんか。

ある

ない

★2枚目もあります。

6 アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？

ない

ある 食物アレルギー ( )  
化粧品負け かぶれ 蕁麻疹 花粉症 アレルギー性鼻炎  
気管支喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎  
金属アレルギー ( ) ゴムアレルギー  
その他 ( )

7 注射や飲み薬で副作用(皮膚のかぶれ、発疹、呼吸困難など)がでたことはありますか？

ない

ある 皮膚のかぶれ 発疹 呼吸困難  
その他 ( )

8 タバコは吸いますか？

吸わない

吸う 1日 本 年間

9 お酒は飲みますか？

飲まない

飲む 1日量

○女性の方のみお答えください。

- ・ 妊娠の有無 有 無
- ・ 分娩回数 回
- ・ 流産回数 回
- ・ 最終月経 から まで 閉経 歳
- ・ 授乳中ですか? はい いいえ

○現在の職業を教えてください。(退職されている方は、退職前の職業を教えてください。)

○緊急時の連絡先を教えてください。

- ①名前: 続柄 連絡先 (自宅、携帯、職場)  
②名前: 続柄 連絡先 (自宅、携帯、職場)

○同居しているご家族はいますか？

いない

いる 夫 妻 息子 娘 孫 父 母 姉 兄 妹 弟  
その他 ( )

形成外科 問診票 No. 2 (10歳以上の女性のみ記入してください)

- 1 閉経はしていますか。  
 はい → ( ) 歳頃 → 7に進んでください。  
 いいえ → 2に進んでください。
- 2 月経のはじまった年齢は ( ) 歳
- 3 普段の月経周期はどのくらいですか。  
 順調( ~ ) 日型。  不順
- 4 だいたい何日くらい続きますか。  
 ( ) 日くらい
- 5 一番最近の月経はいつでしたか。  
 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間
- 6 現在、授乳中ですか。  
 はい  いいえ
- 7 結婚されていますか。  
 はい  いいえ
- 8 妊娠したことのある方は下の表にご記入ください。

順番	その時の年齢(歳)	妊娠の経過(丸をつける)				お産の経過(丸をつける)		
		正常	流産または早産	人工中絶	異常(胎状奇胎、子宮外妊娠等)	正常分娩	帝王切開	吸引分娩 鉗子分娩
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

★ご協力ありがとうございました。