

形成外科 問診票

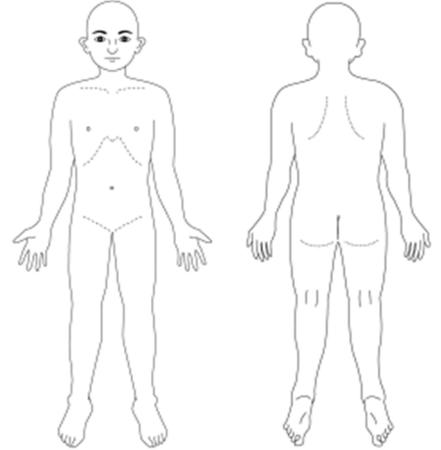
氏名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

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、 _____ 月、 _____ 週、
- ・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 (_____)

日) 前から 不明
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、今までに歯科治療を含む、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

★裏もあります。

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）がでたことがありますか？

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

○現在のご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 ()