

形成外科 問診票

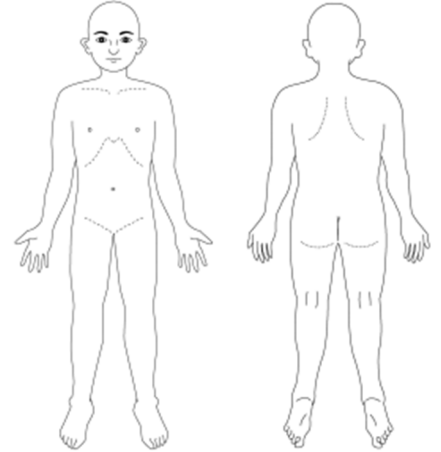
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

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 ( )