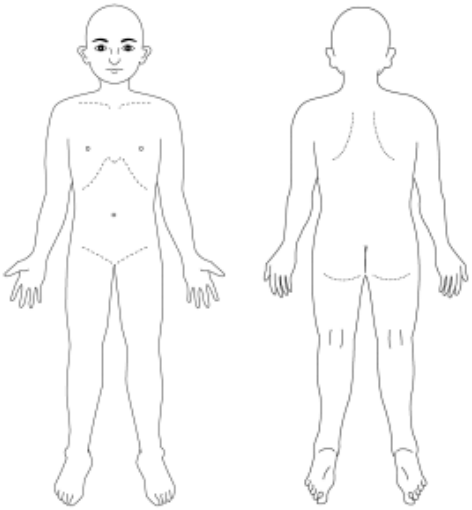
形成外科　問診票　　年　　月　　日

氏名　　（年齢　　歳）

身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ

症状のあるところを○で囲んでください。



1.　今日はどのような症状で受診されましたか？

□腫瘍（できもの）　□けが・傷あと　□やけど　□あざ
□脱毛　□陥入爪（巻き爪）　□動きが悪い
□力が入らない　□しびれる　□まぶたがあがらない
その他（　　）

・いつ頃からの症状ですか？
（　　）から　不明

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.　今までにかかったことのある病気や、治療中の病気を教えてください。

□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（　　）

・手術を受けたことがありますか？

□ない
□ある　手術名（　　）

4.　今飲んでいるお薬はありますか？

□ない
□ある　（□お薬手帳を持っている　／　□お薬手帳を持っていない）
　　※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください。

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？

□ない
□ある　治療の内容（　　）
　　例：抜歯の時、けがをして縫った時　など

・局所麻酔を使用した時、具合が悪くなったことはありますか？

□ない
□ある　症状（　　）

★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　食べ物（　　）

花粉症（　　）　金属（　　）

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

その他（　　）

７．　注射や飲み薬で副作用（発疹、呼吸困難など）がでたことがありますか？

□ない

□ある　薬の名前（　　）

症状（　　）

８．　嗜好品についてお聞きします。

・たばこを吸ったことがありますか？

□吸ったことがない

□現在も吸う　１日　　本　　年間

□以前吸っていた　１日　　本　　才から　　才まで

・お酒は飲みますか？

□全く飲まない

□飲む　頻度：毎日／週　　回／月　　回／機会があれば飲む

１日量：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

９．　現在のご職業、または以前のご職業を教えてください。

１０．　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）

１１．　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（　　）

１２．　女性の方にお聞きします。

・現在妊娠の可能性　□ない　□ある　□妊娠中（妊娠　　週）

・授乳中ですか？　□はい　□いいえ

ご協力ありがとうございました。