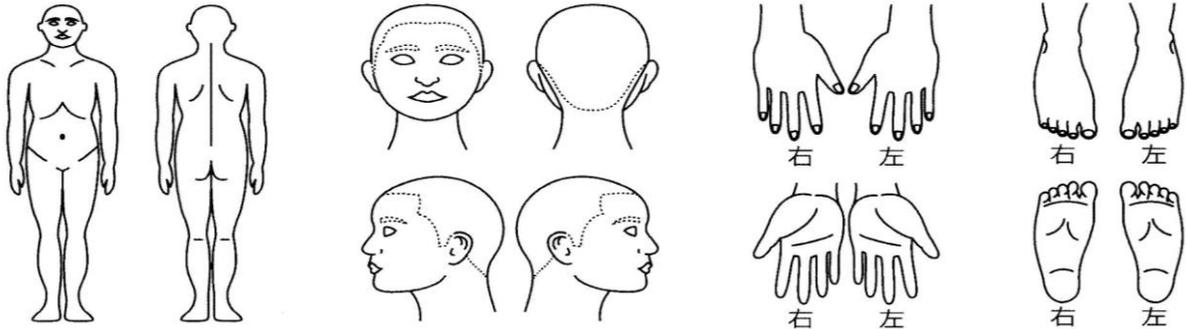


☆形成外科外来問診票☆

氏名	年齢	才	職業	
	身長	cm	体重	kg

1、診てもらいたいところを下図に○印をつけてください。



2、どんな症状がありますか？

症状あり () 症状なし その他 ()

3、いつからですか？ H 年 月 日

4、この症状に対して治療をしていましたか？

していない していた 病院名：
治療内容：

5、今までにかかったことのある病気やケガはありますか？

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症)
 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 不整脈 胃十二指腸潰瘍
 高脂血症 肝炎 肺結核 痛風 ぜんそく その他()

6、入院・手術をしたことがありますか？

年 月 病名： 病院名：
 年 月 病名： 病院名：

7、現在服用されている薬がありますか？ ない

ある () お薬手帳忘れ
 ※お薬手帳を提出してください。

8、アレルギーはありますか？(薬・食物・金属等)

ない ある (種類： いつ頃：)

9、麻酔(歯科麻酔を含む)で気分を悪くしたことがありますか？

ない 経験無し ある

10、(女性の方へ)現在妊娠中ですか？ いいえ はい(妊娠 週)

11、タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う 以前喫煙歴あり

喫煙状況：紙巻きタバコ (種類：) (一日使用数： 本 / 年)
 加熱式タバコ等 (種類：) (一日使用数： / 年)
 電子タバコの使用有無 (有り・無し)
 ★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願い致します。
 禁煙状況：(年前 / ヶ月前 / 日前 から禁煙)
 受動喫煙状況：同居者で喫煙している人はいますか。(喫煙者の続柄：)

12、現在他の病院に入院中ですか？

13、6ヶ月以内に海外へ行かれたか？ いいえ はい(国名：)

14、マイナ保険証による診療情報に同意しましたか？ いいえ はい

15、他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい(病院名：)

16、この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか？

いいえ はい(受診時期： 指摘事項：)

17、その他、特にお話しておきたいことがあればご記入ください

()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。