

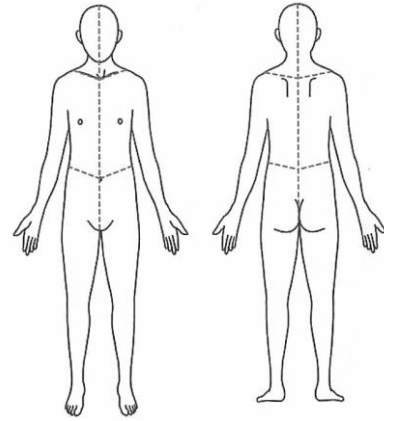
形成外科 問診票

年 月 日 記入

フリガナ お名前			男・女	年齢	歳
住所	〒 (-)		生年月日	M・T・S・H	年 月 日
電話番号	自宅		携帯		
仕事 内容	例：立ち仕事、デスクワーク、力仕事	運 動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ランニング <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> 筋トレ <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()		

①受診理由を当てはまる□にチェックしてください。

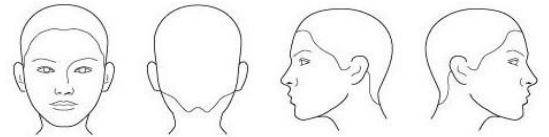
- 粉瘤（できもの） 脂肪腫 あざ イボ・ホクロ 眼瞼下垂
- その他 ※耳垂裂など ()
- ↳ 本日手術や処置を希望する 診察のみ・後日手術を希望



②どの部分にどのような症状がありますか？

※いづれかにチェックし、右のイラストに○印をつけ、症状を記入して下さい。

- | 部位 | 症状 |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 顔・耳・頭 | <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 臭い |
| <input type="checkbox"/> 肩（右・左） | <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 破裂 <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 体幹 ※首、臀部、陰部など | ▼できもののおおよそのサイズを選択してください。(必須) |
| <input type="checkbox"/> 背中・胸部・腹部 | <input type="checkbox"/> 3 cm 以下 <input type="checkbox"/> 3～6 cm <input type="checkbox"/> 6 cm 以上 |
| <input type="checkbox"/> 手・腕・足（右・左） | |



③症状がでたのはいつからですか？

- 今日・() 日前・() 週間前・それ以上 わからない

④これまでに同じような手術や処置を受けられた事がありますか？

- なし 診断のみ 手術を受けた(年前 病院/手術部位()

⑤これまでにかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

- なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 緑内障 心臓病 肝臓病 脳梗塞 前立腺肥大
- 手術歴() その他()

⑥現在、服薬中のお薬はありますか？※あれば下部にご記入下さい。(名称不明の場合は〈例：高血圧の薬〉等で構いません。)

- なし あり()()()()()()()

⑦薬や食物のアレルギー、喘息はある方は以下、当てはまるものにチェックをお入れください。

- なし 喘息 抗生物質() 局所麻酔薬 アルコール イソジン 卵 その他 例：果物等

⑧今までに歯科治療の麻酔で気分が悪くなった事がありますか？

- いいえ はい 例：気分不良等 () []

⑨体内に医療機器（ペースメーカーや電極など）が埋め込まれていますか？

- いいえ はい ()

⑩近日中に大切な予定はありますか？（結婚式・海外旅行・温泉・レジャーなど）

- いいえ はい 例：○日～温泉旅行等 ()

*手術後1～2週間は温泉・海・プールなどは、はいれませんのでご注意ください。(期間は変動があります)

女性の方で該当される方のみご記入下さい。現在妊娠している可能性はありますか？

いいえ 可能性あり 妊娠 カ月 授乳中

*マイナンバー保険証をご利用の方は下記に必ずチェックをお願いします。

- 私は、貴院がマイナンバー保険証による診療情報・薬剤情報・特定検診及び高齢者検診などの情報を取得する事に同意します。