

# 形 成 外 科 問 診 票

(ふりがな) 性別： 男 ・ 女 職業 ( )  
 お 名 前 年齢 ( ) 歳 身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg

※ 以下の該当する項目に☑を入れ、必要事項をご記入ください 年 月 日

1, 診て欲しいところはどこですか  
 右の絵にしるしをつけてください →

2, どうされましたか？具体的にお書きください  
 (例：できもの、ケガ、傷あと、やけど、色や形の変形、床ずれ、骨折など)

3, その症状はいつからですか  
 月 日 頃から

4, 上記の症状で当院へ受診される前に、他院で診察(治療)を受けましたか  
 いいえ  はい → \* 病院名 ( ) \* 受診日 ( 年 月 日 )  
 \* 病名 ( ) \* 紹介状  有  無  
 \* 持参フィルム  有  無

5, 今までにかかったことのある病気はありますか  
 ない  
 ある →  糖尿病  ぜんそく  心臓病  高血圧  肝臓病  腎臓病  
 高血圧  悪性腫瘍  胃炎・胃潰瘍  
 アトピー性皮膚炎  その他 ( )

6, お薬手帳は持参されていますか？  はい  いいえ

7, 今までに受けた手術がありますか  
 ない  
 ある → \*病名 ( ) \*受けた年齢 ( ) 歳

8, 薬や注射でアレルギーはありますか  
 ない  
 ある → \*薬(注射)のなまえ ( ) \*症状 ( )

9, 食べ物でアレルギーはありますか  
 ない  
 ある → \*食べ物のなまえ ( ) \*症状 ( )

10, 写真を研究用に使用させていただいてもよろしいですか？  はい  いいえ

※ ご自宅以外の連絡先(必ずご記入下さい)  
 電話番号 ( ) お名前 ( ) 続柄 ( )  
 ◎緊急のご連絡が必要な際、お電話をしてよろしいですか？  はい  いいえ

※ 女性の方のみご記入ください  
 \* 現在妊娠中ですか  はい  いいえ \* 現在授乳中ですか  はい  いいえ

