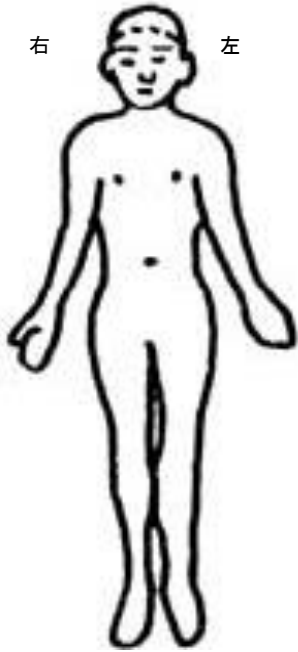



形成外科問診票

氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名( )		
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他( )		
年齢 才 男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中		
身長 cm 体重 Kg	1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有			
タバコ <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ( )本 <input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 禁煙した ( )年前から		
お酒 <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量( ) ( )回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 禁酒した ( )年前から		
介護保険の申請 なし・あり ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )			
利き手はどちらですか 右 左			
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
<b>来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください</b>			
※ 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			
1 診てほ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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>右</span>  <span>左</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <span>左</span>  <span>右</span> </div>		
2 どうされましたか?具体的にお書き下さい (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			
月 日 頃から			
3 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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4 ご自宅以外の連絡先(必ずご記入下さい) 電話番号( ) お名前( ) ◎緊急のご連絡が必要な際、お電話をしてよろしいですか?	続柄( ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

看護師サイン