

形成外科外来 問診票

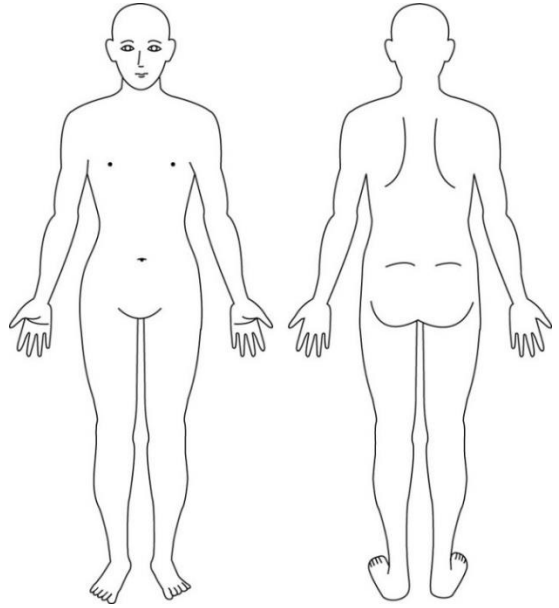
フリガナ

氏名 _____ 様 男・女 _____ 歳

1. どのような症状ですか？ ○をつけてください

- ・けが
- ・しこり
- ・きずあと
- ・その他

()



2. その症状はいつ頃からですか？

- ① 約 () 日前 ② 約 () 週間前 ③ 約 () か月前 ④ 約 () 年前

3. 同じ症状で、現在または以前に治療を受けたことがありますか？

いいえ

はい いつ頃 ()
病院名 ()
治療内容 ()

4. 今までにかかった病気や手術はありますか？

いいえ

はい 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心筋梗塞 脳梗塞 その他 ()
病院名 ()

5. 現在、服用している薬はありますか？ お薬手帳を持参している方は提出をお願いします

いいえ

はい ()

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ

はい ()

7. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ はい () か月 可能性あり 可能性なし

授乳中ですか？ はい いいえ

※ウラ面に続きます。

