

ID: <形成外科/美容皮膚科・美容外科> 問診票

フリガナ

名前: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男・女

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	<input type="checkbox"/> 今日 (_____ 時頃) <input type="checkbox"/> 昨日 (_____ 時頃)
	<input type="checkbox"/> それ以前 (_____ 月 _____ 日頃、又は _____ か月前頃)
どのような症状	

・その症状で他院の診療や治療を受けましたか はい いいえ
病院名: _____ 診断名: _____

2. 現在、治療中の病気はありますか

いいえ
 はい 病名: _____ 投薬: 有り・無し

3. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

いいえ

はい {

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 肺塞栓
<input type="checkbox"/> がん: _____ 部位		<input type="checkbox"/> 心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症)		
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 消化性潰瘍
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症
<input type="checkbox"/> その他: _____				

手術の経験あり 病名 又は部位: _____ いつ頃: _____

4. 抗凝固剤や抗血小板剤など、血液を固まりにくくする薬を内服していますか

いいえ
 はい 薬剤名: _____

5. アレルギーはありますか

いいえ
 はい: _____ どんな症状: _____
・歯科治療等の麻酔の注射で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか
 はい いいえ

6. 抗凝固剤や抗血小板剤など、血液を固まりにくくする薬を内服していますか

いいえ はい (薬剤名: _____)

7. 女性の方にお聞きします

現在、妊娠中もしくは授乳中ですか いいえ 妊娠中または妊娠の可能性 授乳中

8. 当法人の職員または、職員家族の場合は下記へ記入をお願いします

施設名: _____ 名前: _____ 続柄: _____

<職員記入欄> 日付: _____ 紹介状: あり・なし 薬手帳: あり・なし 受付: _____