

○柳沢形成外科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな _____

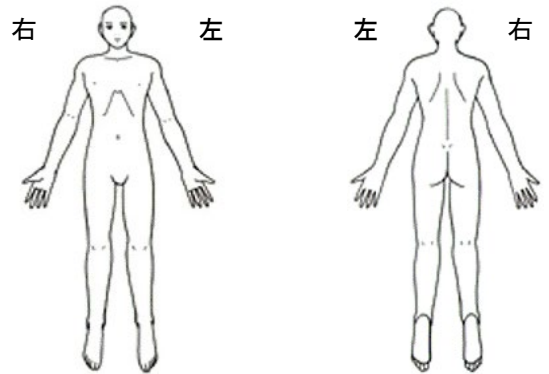
氏名 _____ (男・女) (大・昭・平) 年 月 日生 歳

住所 〒 _____

(_____)

電話番号 (_____)

携帯番号 (_____)



1. 本日はどのようなことで受診されましたか？

右の図の部位に○で印を付けてください。

いつ頃から (_____)

症状 (_____)

治療歴 (_____)

経過 (_____)

2. いままでにかかれたことがある病気に○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 (病名: _____) 脳卒中 (病名: _____)

緑内障 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 がん (部位・治療 _____)

その他 (病名: _____)

3. いままでに手術を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方・・・いつ頃にどのような手術ですか。

4. いままでに薬や食べものでアレルギーを起こしたことがありますか。 (はい・いいえ)

『はい』の方・・・薬・食べ物の名前 (_____)

5. 現在、常用しているお薬はありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方・・・薬の種類・名前 (_____)

6. 本日お薬手帳はお持ちですか？ (はい・いいえ・その他)

7. 下記のうち、あてはまるものがあれば○をつけて下さい。

心臓ペースメーカー留置 ・ 脳血管クリップ留置 ・ 金属プレートやステントの留置

入れ歯・歯列矯正用具の使用 ・ 閉所恐怖症 ・ 入れ墨

8. タバコは吸われますか。いずれかにチェックしてください。

吸ったことがない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている (1日 ___本を ___歳頃から)

9. 女性の方におたずねします。

現在、妊娠中、授乳中、あるいは妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

避妊薬あるいはホルモン剤の服用はありますか (はい・いいえ)

10. 当院をどのようにして知られましたか？ (受診のきっかけ)

他院からの紹介 (病院名: _____)

チラシなど ・ インターネット ・ 知人からの紹介

その他 (_____)

ありがとうございました。記入できましたら、窓口の職員にお渡しください。