

初診 ・ 再来

○柳沢形成外科問診票

受診日 年 月 日

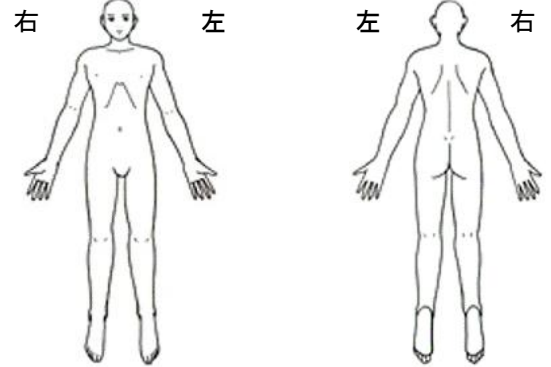
フリガナ _____

氏 名 _____ (男・女) (大・昭・平・令) 年 月 日生 歳

住 所 〒 _____ 体重 (お子様)
(_____) _____ kg

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 (_____)

部位

2. いままでに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・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・アプリ) ※はいの方：コピーを取らせていただきます。

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)

※裏面もご記入ください

10. 現在通院中の医療機関がありましたら記載してください。

医療機関名	治療内容等
()	()
()	()
()	()
()	()

11. この1年間で健診（特定健診や高齢者健診）を受診されましたか？ （はい・いいえ）

受診時期	指摘事項等
()	()

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。記入ができましたら、窓口の職員にお渡しください。