

形成外科問診票

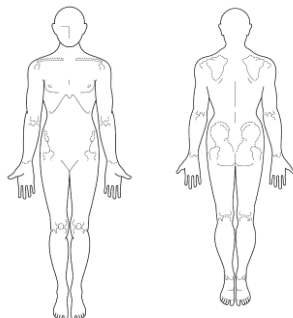
記入日： 年 月 日

| | | | |
|----|----|----|-----|
| 氏名 | | 男性 | 出生地 |
| | 様 | 女性 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| | | 体温 | ℃ |
| | | | 職業 |

① 本日は、どうされましたか

・やけど ・けが ・傷痕 ・変形 ・できもの（切除希望・希望しない）
その他（ ）

② 部位はどこですか。○をつけて、場所を明記してください（例：耳 目 鼻 など）



③ いつごろから症状がありますか _____ 日前（ _____ 月 日） _____ か月前 _____ 年前

④ 上記に伴う症状として、
・発熱 ・かゆい ・痛い ・赤くなっている
・はれている ・いつからですか _____ 日前

⑤ 同じ症状で他の病院などで診察を受けたことがありますか（受けた 受けていない）
受けた方へ 病院名（ ） 受診日（ ）

⑥ 家族で同じ様な症状の方はいらっしゃいますか（いる いない）

⑦ 以前になにか大きな病気にかかったことがありますか（ある ない）
才（ ）
才（ ）

⑧ 現在治療中の病気はありますか（ある ない）
高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 喘息 腎臓病 下肢静脈瘤
その他（ ）

⑨ 現在何か薬を飲んでいますか※（はい いいえ）お薬手帳を出してください
・わかる場合は薬の名前（ ）
・血をさらさらにする薬は飲んでいますか（はい いいえ）

⑩ 今までに食べ物や薬で蕁麻疹などのアレルギー反応が出たことがありますか（はい いいえ）
原因（ ） 症状（ ）

⑪ この1年間で健診を受診しましたか※（はい いいえ）指摘事項（ ）

⑫ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか（はい いいえ）

⑬ 女性の方へ

妊娠の可能性ある、あるいは妊娠されていますか（はい いいえ）（ _____ 週目）
授乳されていますか（はい いいえ）

ご記入下さいました情報は診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。
※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

阪南市民病院 形成外科外来

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。