

西堀形成外科 問診表

20 年 月 日 記入

作成日2015/11/28

はじめての受診 前に受診したことがある
(年 月頃)

★本日、相談したい内容を教えてください。

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あざ(赤・青・茶・黒) | <input type="checkbox"/> 腫瘍(できもの) |
| <input type="checkbox"/> 外傷(きず) | <input type="checkbox"/> 瘢痕(きずあと) |
| <input type="checkbox"/> 熱傷(やけど) | <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> ケロイド |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> 爪 |
| <input type="checkbox"/> ニキビ跡 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> わきが |
| | <input type="checkbox"/> 皮膚炎 |

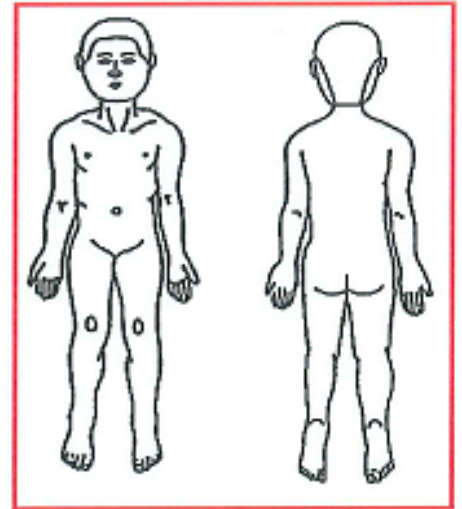
《下記は自費診療になります》

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しみ | <input type="checkbox"/> しわ | <input type="checkbox"/> 医療脱毛 | <input type="checkbox"/> 刺青(いれずみ) |
| <input type="checkbox"/> その他 (二重まぶた・隆鼻・他) | | | |

★それはどこですか、右図に書き込んで下さい →→→→→→→→→→→→

★いつ頃からですか？

- (あざ できもの)
- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生まれた時から | <input type="checkbox"/> ()才頃から |
| <input type="checkbox"/> ()年()月頃から | |
- (きず きずあと やけど ケロイド)
- ()年()月()日にけがをした
今までの経過 ()



★今までに、どこかで治療を受けたことがありますか？

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (いつ頃 年 月 日) | <input type="checkbox"/> いいえ |
| [どこで ◇愛知医大 ◇中京病院 ◇三九朗病院 ◇豊橋市民病院 ◇小牧市かとう皮膚科
◇瀬戸市あさい病院 ◇芽ぐみ皮膚科 ◇にじが丘 ◇他()] | |
| (どんな治療? ◇レーザー ◇手術 ◇その他) | |

★どこで当院をお知りになりましたか？

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット当院ホームページ | <input type="checkbox"/> 携帯サイト | <input type="checkbox"/> 患者さんの知り合い・家族 | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 新聞 |
| <input type="checkbox"/> 紹介者 (□院長 □真依先生 □ 病院の 先生 □その他) | | | | |

★今までに薬のアレルギーが出たことはありますか？

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (どんな薬) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-------------------------------------|------------------------------|

★下記の病気と診断されたことはありますか。

大きな病気・手術の経験がありますか？

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (喘息、糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病) | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 手術名 () | |

★血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか？

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (アスピリン、バファリン、ワーファリン、パナルジン) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|--|------------------------------|

★その他に内服中の薬がありますか？

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (具体的に) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-------------------------------------|------------------------------|

★その他に大きな病気(入院したり手術するような)にかかったことがありますか？

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (病名) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------------|------------------------------|

★一週間以内に予防接種を受けていますか。受ける予定はありますか？

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい (予防接種名: 月 日) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|--|------------------------------|

★お子様のみ体重の記入をお願いします。 (kg)

★女性のみ記入をお願いします。現在妊娠されていますか？ はい(週目) いいえ

★学術研究のために写真を
撮らせて頂くことに対して

- | |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 同意する |
| <input type="checkbox"/> 同意できません |

◎治療を行う際は、必ず写真を
撮らせていただきます。

◎ホームページ掲載の際は、
改めて同意書をとらせてい
たいただきます。

◎撮影した写真は、個人情
報保護法に基づき厳重に保
管・管理いたします。

〒 - 住所:

電話 () 患者氏名 (ふりがな) 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

携帯 () 代諾者署名