

西堀形成外科 問診票

20 年 月 日 記入

2023/9/1改訂

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下さい。

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <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"/> 癬痕(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 () |

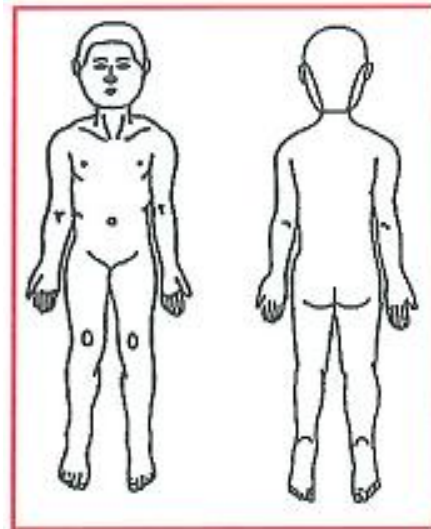
≪下記は自費診療になります≫

- しみ しわ 医療脱毛 刺青(いれずみ)
 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)
 生まれた時から ()才頃から
 ()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？

- はい (いつ頃 年 月 日) いいえ
[どこで ◇愛知医大 ◇中京病院 ◇豊橋市民病院 ◇瀬戸あさい病院
◇他()病院 科 医師: ()]
(どんな治療? ◇レーザー ◇手術 ◇その他)

★当院を知ったきっかけは何ですか？(複数回答可)

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット検索 | <input type="checkbox"/> Youtube | <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> CM | <input type="checkbox"/> 患者さん家族 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 看板 |
| <input type="checkbox"/> 保健センター | <input type="checkbox"/> 西堀形成外科内転院 | <input type="checkbox"/> 広告(新聞・チラシ) | <input type="checkbox"/> 近隣在住・通りがかり | <input type="checkbox"/> その他() | | |
| <input type="checkbox"/> 他院紹介()病院の | | | 先生) | | | |

★今までに薬のアレルギーが出たことはありますか？

- はい (どんな薬) 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？
 はい (喘息、糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病) いいえ
 手術名 ()

★血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか？

- はい (アスピリン、バファリン、ワーファリン、パナルジン) いいえ

★その他に内服中の薬がありますか？

- はい (具体的に) 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？

- はい (病名) 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？

- はい(予防接種名: 月 日) 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
撮らせていただく事に対して
 同意する
 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
たします。
◎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 代諾者署名

携帯 () 患者生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

★当院までの交通手段は何ですか？ 車 徒歩・自転車 電車 バス 新幹線 その他()

★ご記入のご連絡先へご案内を送付させて頂くことを 同意する 同意しない