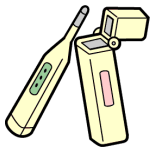
形成外科　問診票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女　年齢＿＿＿歳

ご職業＿＿＿＿＿＿＿＿　身長＿＿＿cm　体重＿＿＿kg



以下の質問であてはまる項目に☑をいれて下さい。

1.いつからどんな症状がありましたか？　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

詳しい症状などご記入お願いします。

（　　）

2.今までにかかったことのある病気、手術、怪我などをされたことのある方は記入をお願いします。　**記入例）**S40　**盲腸**　1ヶ月入院

H7～ **高血圧で通院中**

（　　）

3.今、飲まれている薬はありますか？　**有　／　無**

★お薬手帳を持参されている場合は診察室にお渡し下さい

4.既往歴はありますか？　分かれば（カッコ）の中に発症年齢を記載ください

☐ 糖尿病(　　歳)　☐ 高血圧(　　歳)　☐ 腎臓病(　　歳)　☐ 肝臓病(　　歳)

☐ 癌　(　　歳)　☐ 喘　息(　　歳)　☐ 脳梗塞(　　歳)　☐ 脳出血(　　歳)

☐ 結　核 (　　歳)　☐ 狭心症(　　歳)　☐ 心筋梗塞(　　歳)　☐高脂血症(　　歳)

☐ 胃腸の病気(　　歳)　☐その他(　　)☐ なし

5. その他質問にお答えください

・手術歴　有（内容　　）／　無　・輸血歴　有　／　無

・タバコは吸われますか　吸わない　／　吸う　１日　　／　本

・お酒は飲まれますか　飲まない　／　飲む　１日　　／　本

・アレルギー歴はありますか　有(内容：　　)／　無

＜女性の方お答えください＞

最終月経はいつからですか　　月　　日　より　　日間

妊娠の可能性　　有　／　無

【医療情報の利活用について】
当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。

洛和会ヘルスケアシステム
公式キャラクター

ご協力ありがとうございました。お呼びするまで血圧を測ってお待ちください。

※お待ちの間、ご気分の悪い方はスタッフまでお申し出下さい。