

# 形成外科・皮膚科問診票

ふじた形成外科・皮膚科クリニック

(2019.12.1)

フリガナ		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
ご住所	〒□□□□□□□□	
電話番号	※携帯電話推奨 - -	15歳以下の方は体重をご記入ください ( ) kg

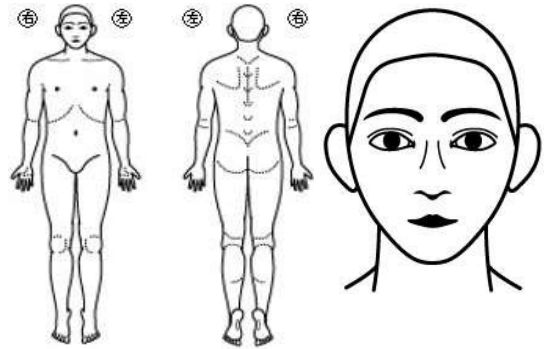
① 当院はどこで知りましたか？○をつけてください

ホームページ 自宅が近所 イオンモール内の看板・案内 知人の紹介 他院からの紹介

② 本日の受診目的をご記入ください。部位は右の図にご記入ください。

いつから

症状



③ 今回の症状について、今までどこかで治療されていますか？

いいえ・はい：具体的に ( )

④ 薬や食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ・はい：具体的に ( )

⑤ 現在治療中、または過去に治療を受けた病気を教えてください

糖尿病 高血圧 高脂血症 高コレステロール症 心臓病 肝臓病 腎臓病 緑内障 アトピー性皮膚炎  
アレルギー性鼻炎（花粉症） 喘息 その他 ( )

⑩ 常用している薬はありますか？

無・有（薬剤名 )

お薬手帳や薬情の持参（無・有・忘れた ※現在、服用中のお薬がある方はお薬手帳を一緒にご提示ください）

⑪ 感染症と診断されたことがありますか？

B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他 ( )

⑫ ペースメーカーをされていますか？

いいえ・はい

⑬ 化粧品・外用薬・毛染め剤でかぶれた事がありますか？

いいえ・はい：具体的に ( )

⑭ タバコはお吸いになりますか？

いいえ・はい：1日 ( ) 本

⑮ 現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない  妊娠の可能性がある  妊娠中 ( 週)  授乳中

当院では患者さんの症状の記録のために、診察、手術、処置（美容処置含む）の際、写真を撮影させて頂いております。

カルテ記録目的以外には使用致しませんが、撮影にご同意いただけますか。

以下に丸をつけてください。

写真撮影に同意する

写真撮影に同意しない

※記入後は受付にご提出ください。診察まで暫くお待ちください。