形成外科　問診票

年　　月　　日　記入

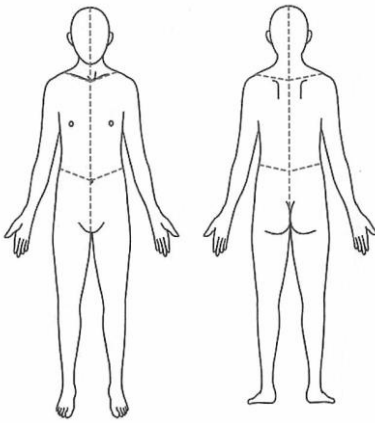
フリガナ お名前		男・女	年齢	歳
		生年月日	M･T･S･H　　年　　月　　日	
住所	〒（　　－　　）			
電話番号	自宅	携帯		
仕事内容	例：立ち仕事、デスクワーク、力仕事	運動	□していない　□ランニング　□ゴルフ　□筋トレ　□水泳　□自転車 □その他（　　）	

①受診理由を当てはまる□にチェックしてください。

□粉瘤（できもの）　□脂肪腫　□あざ　□イボ・ホクロ　□眼瞼下垂

□その他 ※耳垂裂など（　　）

↳□本日手術や処置を希望する　　□診察のみ・後日手術を希望



②どの部分にどのような症状がありますか？

※いずれかにチェックし、右のイラストに〇印をつけ、症状を記入して下さい。

部位

□顔・耳・頭

□肩（右・左）

□体幹 ※首、臀部、陰部など

□背中・胸部・腹部

□手・腕・足（右・左）

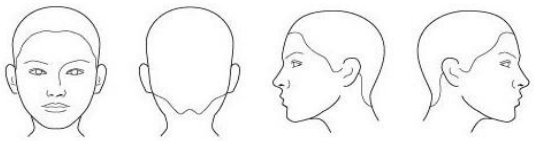
症状

□痛み　□発赤　□腫れ　□臭い

□熱感　□破裂　□かゆみ

▼できもののおおよそのサイズを選択してください。**（必須）**

□ 3 cm 以下　□3～ 6 cm　□ 6 cm 以上



③症状がでたのはいつからですか？

□今日・（　　）日前・（　　）週間前・それ以上 □わからない

④これまでに同じような手術や処置を受けられた事はありますか？

□なし　□診断のみ　□手術を受けた（　　年前　　病院／手術部位（　　）

⑤これまでにかかったことのある、または現在治療中の病気・感染症はありますか？

□なし　□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□緑内障　□心臓病　□肝臓病　□脳梗塞　□前立腺肥大

□B 型肝炎　□C 型肝炎　□梅毒　□HIV　□手術歴・その他（　　）

⑥現在、服薬中のお薬はありますか？※あれば下部にご記入下さい。（名称不明の場合は〈例：高血圧の薬〉等で構いません。）

□なし　□あり（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

⑦薬や食べ物のアレルギー、喘息はある方は以下、当てはまるものにチェックをお入れください。

□なし　□喘息　□抗生物質（　　）　□局所麻酔薬　□アルコール　□イソジン　□卵　□その他 例：果物等

⑧今までに歯科治療の麻酔で気分が悪くなった事はありますか？

□いいえ　□はい 例：気分不良等（　　）

⑨体内に医療機器（ペースメーカーや電極など）が埋め込まれていますか？

□いいえ　□はい（　　）

⑩近日中に大切な予定はありますか？（結婚式・海外旅行・温泉・レジャーなど）

□いいえ　□はい 例：〇日~温泉旅行等（　　）

＊手術後 1～2 週間は温泉・海・プールなどは、はいれませんのでご注意下さい。（期間は変動があります）

女性の方で該当される方のみご記入下さい。現在妊娠している可能性はありますか？

□いいえ　　□可能性あり　　□妊娠　　カ月　　□授乳中

＊マイナンバー保険証をご利用の方は下記に必ずチェックをお願いします。

□私は、貴院がマイナンバー保険証による診療情報・薬剤情報・特定検診及び高齢者検診などの情報を取得する事に同意します。

大阪梅田形成外科粉瘤クリニック