

フリガナ お名前			男・女	年齢	歳
住所	〒 (-)		生年月日	M・T・S・H	年 月 日
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○印をつけ、症状を記入して下さい。

部位 症状

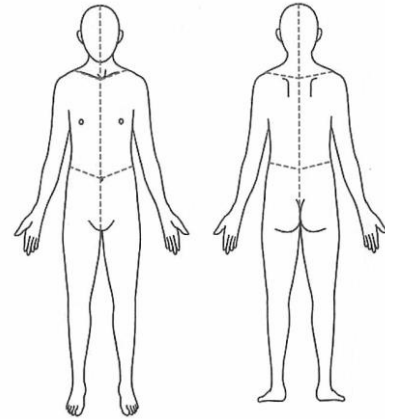
☐顔・耳・頭 ☐痛み ☐発赤 ☐腫れ ☐臭い

☐肩（右・左） ☐熱感 ☐破裂 ☐かゆみ

☐体幹 ※首、臀部、陰部など ▼できもののおおよそのサイズを選択してください。（必須）

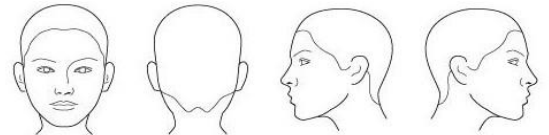
☐背中・胸部・腹部 ☐3 cm 以下 ☐3～6 cm ☐6 cm 以上

☐手・腕・足（右・左）



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がありますか？

☐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がありますか？

☐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：○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

*当院では正確な診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。（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。