

初めて形成外科を受診される方へ

平成 年 月 日

お名前： 年齢： 歳
性別：男・女 紹介状：有・無

1、 本日はどのようなことで来院されましたか？あてはまる□にレ点を記入してください

- 口唇・口蓋裂 手足の異常 耳の異常 けが・やけど
あざがある 巻き爪がある 傷跡（ケロイド・肥厚性癬痕）
わきがの相談 できもの 1年以上あいた定期受診
美容の相談
その他（ ）

2、 今までに指摘された病気はありますか？

- ない 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病
 脳梗塞 その他
()

3、 今までに手術を受けたことありますか？

- ない ある 歳頃
 手術名（ ）

4、 現在、飲んでいる薬はありますか？

- ない ある 薬剤名（ ）

5、 今までに薬によって、じんま疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか？

- ない ある 薬品名（ ）

6、 女性にお聞きします。現在妊娠している可能性はありますか？

- ない ある わからない

7、 医学学会報告、医学論文掲載等において匿名化された患者情報や症例写真などの情報を使用させていただく場合があります。同意していただけない場合は署名をお願いします。※大変申し訳ございませんが記入がない場合は、同意していただいたものと判断させていただきます。

- 同意する 同意しない 署名 _____

御協力ありがとうございました 形成外科