

体温 ℃

問診票

2023年 月 日 記入

フリガナ お名前	_____		男・女	年齢	_____ 歳
住所	〒 (_____)		生年月日	S・H・R	年 月 日
電話番号	自宅	携帯			
仕事	例：立ち仕事、デスクワーク、力仕事	運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ランニング <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> 筋トレ <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 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。

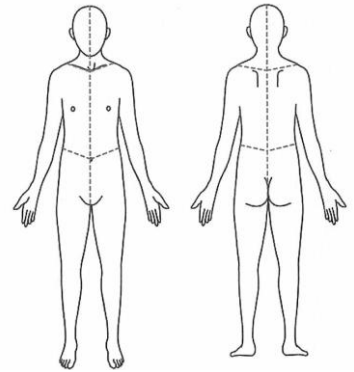
粉瘤が気になる その他 ※耳垂裂など (_____)

当日手術を希望 診察のみを希望 セカンドオピニオン

②どの部分にどのような症状がありますか？

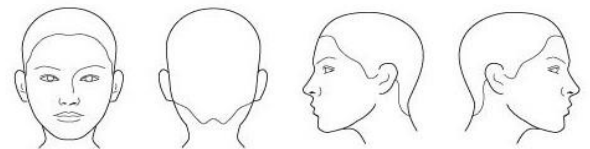
にチェック、右のイラストに○印をつけ、症状を記入して下さい。

部位	症状
<input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫れ
<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 破裂 <input type="checkbox"/> かゆみ
<input type="checkbox"/> 体幹 ※首、臀部、陰部など	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 背中	(_____)
<input type="checkbox"/> 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病気、現在治療中の病気はありますか？

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
手術歴(_____) その他(_____)

⑥いま現在、飲んでいるお薬はありますか？あれば記入もしくは、受付にお薬手帳を提出して下さい。

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がありますか？

いいえ はい (_____) [_____]

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ください。(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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠 _____ カ月 <input type="checkbox"/> 授乳中

下記の症状にお悩み又は治療にご興味がおありでしたら□にチェックして下さい。※複数OK <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> ニキビ跡 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
--