問診票
MEDICAL QUESTIONNAIRE

医療法人社団
蘇春堂形成外科

記入日　令和 ＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

ご来院ありがとうございます。わかる範囲でご記入いただき、あてはまる□に✓をつけてください。

ふりがな		性別	□男 □女
お名前			
生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和 ＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日生 （ ＿＿ 歳）		
ご住所	〒 ＿＿＿＿＿＿		
お電話番号	携帯	自宅	
保護者 18歳未満の方	お名前 ＿＿＿＿＿＿ ご連絡先 ＿＿＿＿＿＿		

本日のご相談内容 簡単で結構です。場所（部位）もご記入ください。

処置を安全に行うための大切な質問です

1 今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？

□高血圧 □糖尿病 □高脂血症 □喘息
□狭心症・心筋梗塞 □脳梗塞 □不整脈（ペースメーカーあり）
□その他（ ＿＿＿＿＿＿ ） □特になし

2 血をサラサラにするお薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

□いいえ □はい（薬の名前 ＿＿＿＿＿＿ ）
例：ワーファリン、バイアスピリン、バファリン、プラビックス、エリキュース、イグザレルト、リクシアナ など

3 お薬・麻酔・消毒液・テープなどで、かぶれや具合が悪くなったことはありますか？

□いいえ □はい（名前 ＿＿＿＿＿＿ ）
食べ物のアレルギー：□なし □あり（ ＿＿＿＿＿＿ ）

4 肝炎（B型・C型）などの感染症があると言われたことはありますか？

□いいえ □はい □わからない

5 女性の方へ：妊娠中・授乳中、または妊娠の可能性はありますか？

□いいえ □妊娠中（ ＿＿ か月） □授乳中 □妊娠の可能性がある

当院を何でお知りになりましたか？ （いくつでも）

□当院ホームページ □院長ホームページ □当院Instagram □三浦院長Instagram
□Instagram広告 □インターネット検索 □地下鉄ポスター
□医療機関の紹介（ ＿＿＿＿＿＿ ） □家族・知人の紹介（お名前 ＿＿＿＿＿＿ ）
□その他（ ＿＿＿＿＿＿ ）

ご記入の内容は診療の目的にのみ使用し、適切に管理いたします。

ご協力ありがとうございました。 **蘇春堂形成外科**