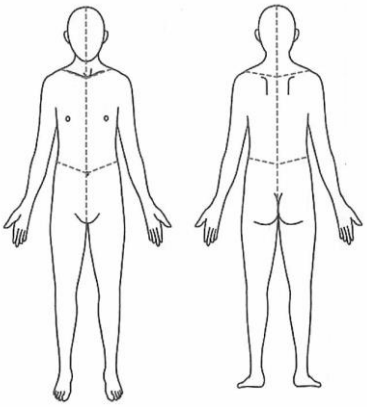
問診票　2024 年　　月　　日　記入

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　□イボ・ホクロ

□眼瞼下垂(後日手術になります)　□その他 ※耳垂裂など（　　）



②どの部分にどのような症状がありますか？

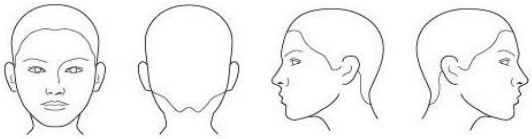
※右のイラストに〇印をつけ、症状を記入して下さい。

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)**

□3cm 以下　□3～6cm　□6cm 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。