

問診票

年 月 日 記入

フリガナ お名前	_____		男・女	年齢	_____ 歳
住所	〒 (_____) _____ 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	<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。

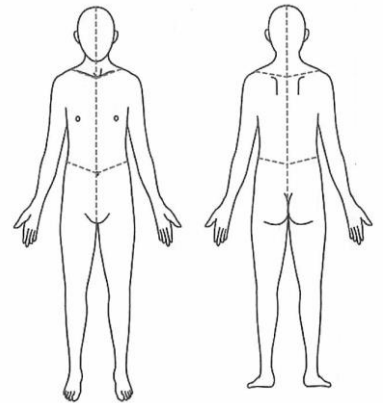
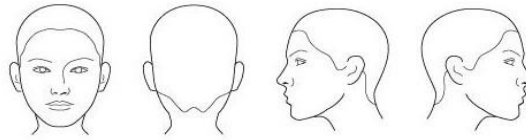
- 粉瘤（できもの） 脂肪腫 イボ・ホクロ
眼瞼下垂(後日手術になります) その他 ※耳垂裂など (_____)

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○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？

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。