

記入日
(西暦)： 年 月 日

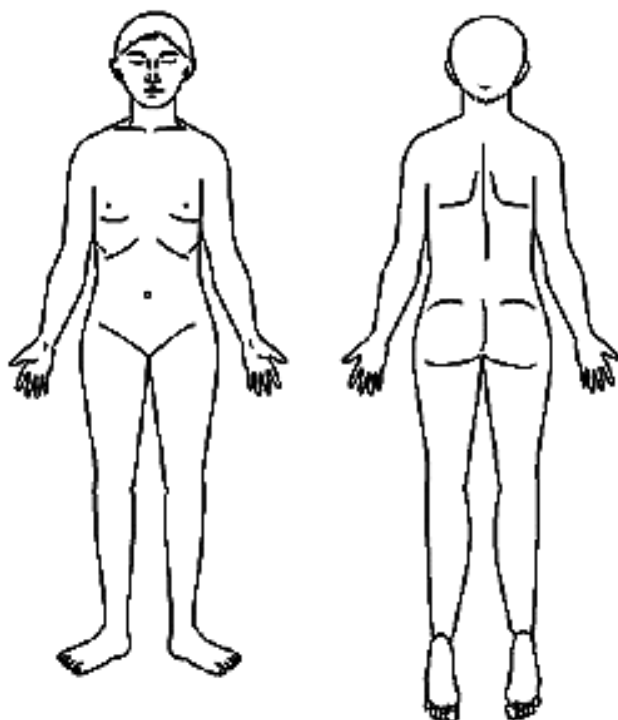
形成外科

お名前：

生年月日：

形成外科問診票

▼診察をお受けになりたい場所に○をつけてください。



▼症状によっては、通院が頻回となり、待ち時間も発生しますが、通院は可能ですか？

☐いいえ ☐はい

*現状確認の為、写真を撮る場合がございますのでご了承ください。

*疾患によっては保険適用とならないことがあります。

*刺青、陥没乳頭の診察・治療は自費になります。

外来共通問診票

フリガナ お名前	様	男・女	歳	身長 cm	体重 Kg・g
生年月日： 年 月 日	ご職業：				
スタッフ記載欄	血圧 mmHg	脈拍 回/分	体温 ℃	O2SAT	%

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

☐なし ☐あり （診療所名： ）

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐なし ☐あり （診療所名： ）

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？

☐なし

☐がん（ 歳） ☐喘息（ 歳） ☐高血圧（ 歳）

☐糖尿病（ 歳） ☐心臓病（ 歳） ☐肝臓病（ 歳）

☐腎臓病（ 歳） ☐脳卒中（ 歳） ☐結核（ 歳）

☐その他（病名： ）（ 歳）

☐手術（病名／手術名： ）（ 歳）

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

☐なし

☐がん（続柄： ） ☐喘息（続柄： ） ☐高血圧（続柄： ）

☐糖尿病（続柄： ） ☐心臓病（続柄： ）

☐腎臓病（続柄： ） ☐脳卒中（続柄： ）

☐その他（病名： ）（続柄： ）

▼薬のことについてお聞きします。

① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり

② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？

☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質（薬品名： ） ☐造影剤 ☐麻酔薬

☐その他（ ）

③ 血液をサラサラにする薬（抗血栓薬：ワーファリン・バイアスピリンなど）、ホルモン剤（低用量ピルなど）、を飲んでいますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ 薬品名（ ）

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

① お酒は飲みますか？

☐飲まない ☐時々飲む ⇒ （ ）を（ ）杯/合/ml 週（ ）日

☐毎日飲む ⇒ （ ）を（ ）杯/合/ml

② タバコは吸いますか？

☐吸わない ☐吸う ⇒ 1日に（ ）本（ ）歳～

☐今は吸わない ⇒ （ ）～（ ）歳まで 1日に（ ）本（ ）年間

お名前 : _____
生年月日 : _____

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 ☐わからない

▼アレルギーについてお聞きます。

① 食物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ()

② その他、アレルギーはありますか？

☐なし

☐花粉症 ☐ハウスダスト ☐金属 ☐ラテックス ☐その他 ()

▼せきは出ていますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ ☐いいえ ☐はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？ ☐いいえ ☐はい

▼痛みについてお聞きます。からだの中で痛いところがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

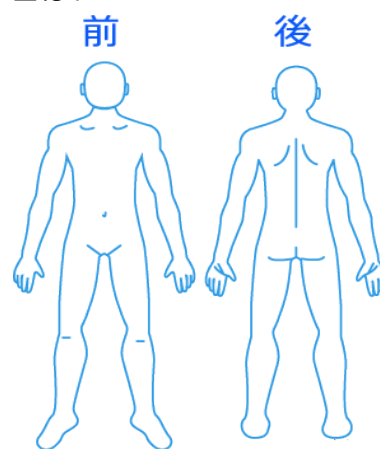
① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

☐食事量の変化なし

☐食事量がおおよそ2/3に減った

☐食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

☐体重の減少に変化なし

☐1 kg～3 kgの体重の減少あり

☐3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

☐ふらついた ☐つまずいた ☐足がもつれた

☐その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① いつですか？ () ～ ()

② どこへいきましたか？

()

▼女性の方にお聞きます。現在、妊娠中ですか？

☐はい ☐いいえ ☐わからない ☐授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

☐本人 ☐家族：お名前 () (続柄：)

☐その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きます。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

☐はい ☐悪い結果なら知りたくない ☐その他

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい → 受診時期 () 月頃 / 指摘事項 ☐なし ☐あり ()