

美容外科問診票

看護師記入時間 () : ()
体温 () °C 血圧 () / () mmHg
脈拍 () 回/分
呼吸数 () 回/分 Spo2 () %
紹介状持参 無・有 ()
かかりつけ医 無・有 ()
持参資料 無・有 ()
付き添い 無・有 ()

(ふりがな)

お名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ () 歳

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

相談できる人・場所はどこですか？ _____

【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している()週・授乳中

薬手帳 あり・なし (要スキャナ)

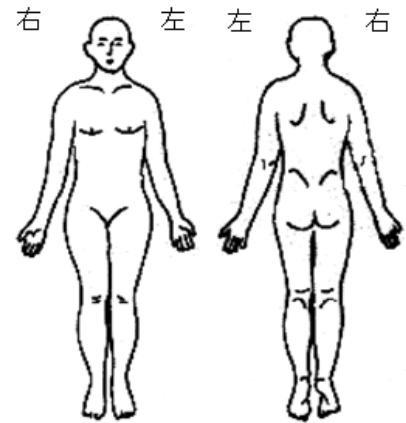
●本日の相談内容について教えてください。

部位を右の図に記入してください。

(困っていること)

(今までに受けたことがある施術)

(どうなりたいか?)



●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等があり

病気: がん()・狭心症・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)
喘息・胃潰瘍・高血圧・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・アトピー性皮膚炎
ケロイド体質・その他()

手術: いつ() 術名()

輸血: なし・あり

●血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた()が、いつ()病名()

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない・ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)
()

●アレルギーはありますか？

ない・ある(下記に記載)

気管支喘息・花粉症・食物()・薬()・造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない・やめた・吸う) () 本/日 () 歳～ () 歳まで

飲酒・・・(飲まない・やめた・飲む) 種類() 量() 合 mL

() 歳～ () 歳まで () 回/週・月 ()

●局所麻酔を使った処置を受けた事がありますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方のみ 局所麻酔を使った際体調に変化はありましたか？ はい・いいえ

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい・いいえ

当科においては診療情報の一環として、患部などの写真を撮影させていただくことがありますのでご理解をお願い申し上げます。