

形成外科問診票

フリガナ お名前	男 女	生年月日 大正 昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
ご住所 (〒 -)		お電話番号 緊急連絡先		()	()
身長	cm	体重	kg	体温	℃

- ① どのような症状で来院されましたか？
 ほくろ 粉瘤 できもの しこり ケロイド
 傷 やけど 褥瘡 巻き爪 陥入爪
 逆さまつげ まぶたのたるみ

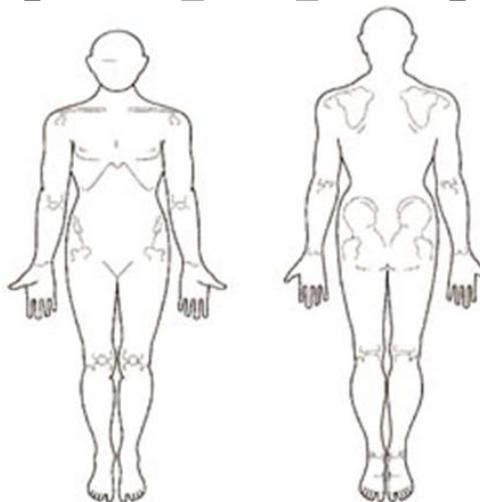
【自費診療】

シミ 肝斑 薄毛治療 多汗症

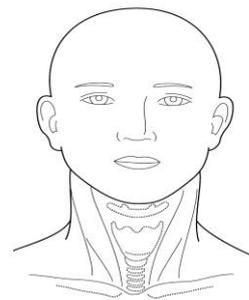
その他 ()

詳細 []

右 左 左 右



症状のある部位に
○をしてください。



- ② その症状はいつ頃からですか？
 年 月 日

- ③ 上記症状について今までどこかで治療、あるいはご自宅で薬を使用されていますか？
 いいえ はい
 病院名 ()

- ④ 現在治療中の病気があれば記入して下さい。
 高血圧 糖尿病 心臓病(狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病
 喘息 胃潰瘍 その他 ()

- ⑤ 現在、服用されている薬はありますか？
 ある お薬手帳がある方は提出してください。忘れた方は薬剤名 ()
 ない

- ⑥ これまでに手術を受けたことがあれば記入してください。
 手術 (: 年) (: 年)

- ⑦ 薬や食べ物でアレルギーが出た事があれば記入してください。
 ある 薬 () 食べ物 ()
 ない

- ⑧ 金の糸、ペースメーカー、体内に金属の埋め込みはありますか？
 ある ない

- ⑨ 妊娠している可能性はありますか？
 はい いいえ 授乳中(生後 カ月)

- ⑩ ご希望がありましたら記入してください。

- ⑪ 今回来院されたきっかけは何ですか？
 ホームページ インターネット 紹介 院内掲示 その他 ()

- ⑫ 今後やってみたい施術、興味のあることを教えてください。
 ピーリング ビタミン点滴 美容点滴 しわの改善 肌の改善 クリニック専売の化粧品
 その他 ()

※自費診療 初診料2,530円、再診料1,540円