



年 月 日

形成外科外来受診の方へ

(※ご記入後、皮膚科の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

氏名

診察券番号

緊急連絡先

男 / 女

年齢

歳


/ 身長

cm

/ 体重

kg

■ 発疹やできものはどこにありますか？

その部位に○印または  印をつけて下さい。

■ いつごろからですか？

■ 次のような症状はありますか？

なし  あり  かゆみ

いたみ

その他 ( )

■ 以前に当院皮膚科の診察を受けたことがありますか？

ない  ある ( 年 月頃)

■ 今回当科を受診する件で他院にて治療を受けていますか？

■ 他院からの紹介状はありますか？  なし  あり (病医院名: )

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。

喘息 ( 歳頃)  高血圧 ( 歳頃)

糖尿病 ( 歳頃)  心臓病 ( 歳頃)

その他 (病名: )

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし  あり 病名: \_\_\_\_\_

いつ頃: \_\_\_\_\_

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

なし  あり 薬品名: \_\_\_\_\_

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

薬品  なし  あり ( )

食べ物  なし  あり ( )

その他  なし  あり ( )

■ たばこ  吸わない  吸う  過去に吸っていた

(1日 本、約 年間)

アルコール  飲まない  飲む (種類: \_\_\_\_\_、1回 杯、 毎日  時々  月2~3回)

■ 女性の方へ 妊娠している可能性は？  ない  ある

■ マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？  同意する  同意しない

■ 過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？  した  していない  不明

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

