

◀形成外科

記入日： 年 月 日

氏名 様 / 生年月日 /身長 cm /体重 kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

1. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3. 症状は？	保険診療	<input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> イボ	
		<input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> あざ <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> わきが	
		<input type="checkbox"/> まぶたのたるみ <input type="checkbox"/> とこずれ	
	自由診療（自費）	<input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング	
その他			
4. いつからですか？			
5. これまでに治療の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
6. 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中		
7. 現在治療中の疾患			
8. 現在服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ()		
9. 薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ()		
10. 食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品名 ()		
11. 煙草	<input type="checkbox"/> 全く吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている 1日 本を 年間		

症状のある部位

