

# 形成外科

受診日： 年 月 日

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 身長 cm / 体重 Kg

症状	保健診療	<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・リング		
	その他				
いつからですか					
これまでに治療の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 授乳中	
現在治療中の疾患					
現在服薬している薬	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり	薬品名：		
薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり	薬品名：		
食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり	食品名：		
煙草	<input type="checkbox"/> 吸う	<input type="checkbox"/> 吸わない	1日	本	年間

症状のある部位

