



問 診 票

おなまえ ふりがな _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 明・大昭・平 年 月 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 (携帯) _____

(自宅) _____

1. 本日の受診相談内容 (当てはまるものに○をつけてください)

① 形成外科

- a、ほくろ b、皮膚のできもの c、爪の巻き爪など d、やけど
- e、キズ・ケガなど f、まぶたの下垂など g、逆さまぶた
- h、腋の多汗・腋臭など i、顔面神経麻痺など j、眼瞼痙攣など
- k、湿疹 (部位: _____) l、かぶれ (部位: _____)
- m、にきび n、うおのめ・たこ o、床ずれ・皮膚潰瘍
- p、その他 (_____)

② 美容外科

- a、二重まぶた b、まぶたのたるみ・シワ取り c、唇の相談 d、乳頭・乳輪などの相談
- e、腹部や臀部の下垂・たるみなど f、婦人科外性器の相談
- g、その他 (_____)

③ 美容皮膚科

- a、顔のシミ (部位: _____) b、そばかす c、くすみ・毛穴など
- d、シワ (部位: _____) e、たるみ (部位: _____)
- f、にきび g、ピアス (部位: _____)
- h、ケミカルピーリング i、その他 (_____)

④ 医療脱毛 (部位: _____)

⑤ プラセンタ注射

⑥ メディカルコスメの処方希望

内服 ・ 外用 ・ ローション ・ その他 (_____)

2. 今までに他の病院やクリニックで相談や治療を受けられたことがありますか？

はい / いいえ

3. 今までの病気についてお尋ねします

- 糖尿病 心臓病 高血圧 ぜんそく 腎臓疾患
- 腎臓疾患 肝臓疾患 リウマチ 精神疾患 結核
- 血友病 その他 (具体的にご記入ください: _____)
- 特になし

※裏面もご記入ください

4. アレルギーについてお尋ねします

- ある 具体的に → 薬・薬剤() 化粧品()
消毒液() 貼り薬()
石けん() その他()
- なし

5. 以前に局所麻酔を受けられたことがある方へ

局所麻酔で何らかの異常がありましたか? はい / いいえ

6. 現在何らかのお薬を飲まれていますか?

はい (お薬のなまえ :) / いいえ

7. (女性の方へ)現在妊娠されていますか?

はい (妊娠 カ月) / いいえ

8. 今までに手術を受けられたことはありますか?

ある (具体的に :) / ない

9. ケロイド体質についてお尋ねします

ある / ない

10. 体内に異物(骨折後、ペースメーカー、外科クリップなど)があるかお尋ねします

ある (具体的に :) / ない

11. 治療に関してお尋ねします

- できるだけ健康保険適用となる診療のみで希望したい
 治療効果が高ければ自費診療でもよい
 医師からの説明を聞いた上で、保険でも自費でも良いところを選択したい

12. 当院からの連絡方法についてお尋ねします

(通常は当院からご連絡することはございませんが、急な学会出張で休診となる場合や、検査の結果についてご連絡させていただく場合がございます)

- 当院より「ふくだ形成外科クリニック」を名乗って連絡してもよい
 個人名で連絡をしてほしい
 ご家族の方に伝言をしてもよい
 留守番電話に連絡の内容を入れておくだけでよい

13. 当院を何でお知りになりましたか?

知人・友人からの紹介 インターネット その他 ()

~ ご記入ありがとうございました ~

* ご記入後は、受付までお持ちくださいますようお願いいたします。

* 予約の方を優先いたしますので、診療まで少しお待ちいただく場合がございます。
また、診療の内容によってご案内の順番が前後することがございます。
あらかじめご了承ください。