



トメモリ形成外科<問診表>

年 月 日

フリガナ				〒	—	
名前	男 女		住所	TEL		
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日(歳)	職業	
身長	cm	体重	kg	現在妊娠の可能性	ある ・ なし	
喫煙	ない ある (1日 本)			飲酒	しない する (1日 杯)	
美容手術をしたことがある	ある ・ なし		同居している家族			

- 本日はどのような治療目的で、または相談で来院されましたか？
・ほくろ ・その他のできもの ・イボ ・ニキビ ・まぶたが上がらない ・逆まつ毛
・シミ ・火傷 ・傷 ・美容 ・その他()
- それはいつ頃から始まりましたか。(ケガや手術の場合はその日時)
・2・3日前 ・1週間前 ・1ヶ月前 ・半年前 ・1年以上前 ・その他()
- その為に今までにどこかで治療(手術)や、相談をされたことがありますか？
・ある ・ない
ある方へ → 治療を受けた、あるいは紹介状先の病院名()
- 今までに入院や手術を受けたことはありますか？
・ある ・ない
ある方へ → いつ頃、どこの病院で、どんな手術ですか？
()頃、病院名()
()の手術 [わかる範囲でご記入下さい]
- 他医院でもらっているお薬や、ご自身で常用しているお薬はありますか？
・ある ・ない
ある方へ → 病院名 ()
薬剤名 ()
- 今までにアレルギー体質だと言われたことがありますか？
・ある ・ない
ある方へ → 病名 ()
- お薬を飲んで皮膚に湿疹が出たことがありますか？ ・ある ・ない
- 注射によるショックはありますか？ ・ある ・ない
- かぶれやすい(ばんそう膏や消毒液など)ですか？ ・はい ・いいえ
- 傷の後が赤く、ケロイド状になりますか？ ・はい ・いいえ
- 以下の病気と言われたことがありますか？ ・はい ・いいえ
糖尿病・心臓病・肝臓病・高血圧・喘息・遺伝的疾患・特異体質・
その他()

*ご協力ありがとうございました。