

形成外科・皮膚科問診票

(2019.12.1)

ふじた形成外科・皮膚科クリニック

フリガナ	生年月日		
お名前	男・女	大・昭・平・令	年　月　日（歳　ヶ月）
ご住所	〒□□□-□□□□		
電話番号	※携帯電話推奨	-	15歳以下の方は体重をご記入ください () kg

① 当院はどこで知りましたか？○をつけてください

ホームページ　自宅が近所　イオンモール内の看板・案内　知人の紹介　他院からの紹介

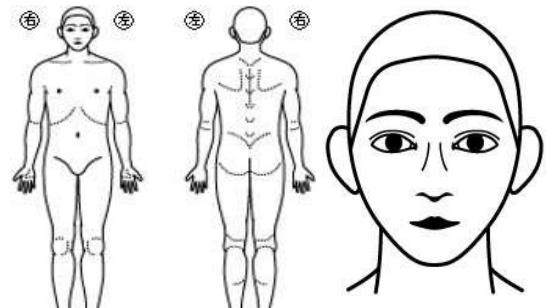
② 本日の受診目的をご記入ください。部位は右の図にご記入ください。

いつから

症状

③ 今回の症状について、今までどこかで治療されていますか？

いいえ・はい：具体的に（ ）



④ 薬や食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ・はい：具体的に（ ）

⑤ 現在治療中、または過去に治療を受けた病気を教えてください

糖尿病　高血圧　高脂血症　高コレステロール症　心臓病　肝臓病　腎臓病　緑内障　アトピー性皮膚炎
アレルギー性鼻炎（花粉症）　喘息　その他（ ）

⑩ 常用している薬はありますか？

無・有（薬剤名）（ ）

お薬手帳や薬情の持参（無・有・忘れた）※現在、服用中のお薬がある方はお薬手帳と一緒にご提示ください

⑪ 感染症と診断されたことがありますか？

B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他（ ）

⑫ ペースメーカーをされていますか？

いいえ・はい

⑬ 化粧品・外用薬・毛染め剤でかぶれた事はありますか？

いいえ・はい：具体的に（ ）

⑭ タバコはお吸いになりますか？

いいえ・はい：1日（ ）本

⑮ 現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない　妊娠の可能性がある　妊娠中（ 週）　授乳中

当院では患者さんの症状の記録のために、診察、手術、処置（美容処置含む）の際、写真を撮影させて頂いております。

カルテ記録目的以外には使用致しませんが、撮影にご同意いただけますか。

以下に丸をつけてください。

写真撮影に同意する

写真撮影に同意しない

※記入後は受付にご提出ください。診察まで暫くお待ちください。