

形成外科外来受診の方へ

<外来問診票>

氏名:	年齢:	診察券番号:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)		Tel:

該当するものに○印をつけてください。

- 本日形成外科は
 - A. 初めての来院・相談。
 - B. 初めてではなく、前回と同じ内容の相談。
 - C. 初めてではないが、前回とは違う内容の相談

- 当院の他の科からの紹介、または他の病院からの紹介状をお持ちですか。
 当院の他科から紹介 ・ 他院からの紹介状あり ・ 紹介状なし

- 今回の相談と同じ内容で他の病院を受診したことはありますか。
 その治療内容がわかる方はご記入ください（紹介状をお持ちの方は記入不要です）。

-
- 本日の相談内容について教えてください。
 - ・ 部位はどちらですか？
 頭部、顔面・・・目、鼻、口、耳、その他()
 胸部、腹部、背部、腕、手(右・左)、手指(右・左)、足(右・左)、
 その他()
 - ・ いつからどのように(簡単な記入で構いません)

-
- これまでに薬、食事などでアレルギー反応が出た事がありますか。
 はい : (薬の名前・食物の内容 _____) ・ いいえ

- これまでに手術を受けたことや、持病などがありますか。
 はい : (_____) ・ いいえ

- 当科での診療について、ご希望があればご記入ください。

-
- 当院から連絡をする際、病院名(診療科名)を名乗ってもよろしいですか。 はい ・ 医師個人名を希望

- 女性の方に、お伺いします。現在妊娠中ですか。または、妊娠の可能性がありますか。 はい ・ いいえ

※初回の診察は、20分までとさせていただきますのでご了承ください。

※裏面のご記入もお願いします。

