

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。空欄には、必要時にご記入ください。

- 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
- 以前に大竹医師、松井医師の診察を受けたことはありますか？
- _____ 病院で(大竹医師、松井医師)に_____ の診察を受けたことがある。
- 当院の他の科からのご紹介、または他の病院からの紹介状をお持ちですか。
- (他科より紹介 ・ 紹介状あり ・ 紹介状なし)
- 今回の相談で他の病院を受診されたことはありますか。その治療内容をご存知でしたら、ご記入ください。(紹介状をお持ちの方は記入不要です)

- 本日相談の身体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、食物の内容は _____
- いいえ
- これまでに手術を受けたことや、その他、持病などありますか。
- はい : _____
- いいえ
- 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)

* 当科での診療に対して、希望がありましたらご記入ください。

- * 当院よりご連絡をする際、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)

※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。

SLIH-2014.09.04-Ver.6.00