

形成外科問診票

体温

℃

お名前： 年齢（ 歳）

受診日：20 年 月 日

* 内服中の薬：□なし□あり（薬： ）

マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は省略可です

* 歯科やケガで麻酔の注射をしたことがありますか：□なし □あり

その時異常はありましたか□いいえ □はい（症状： ）

* 喫煙歴：□なし □あり（ 歳から 歳まで、1日 本 ）

* 飲酒歴：□なし □あり（1日何をどれくらい： ）

* 女性のみ 妊娠の可能性が □ある □ない 授乳中ですか？ □いいえ □はい

受診理由

・いつから

・どこが

・どうしましたか？

例、三日前、足を、ケガした

