

形成外科問診票

体温

°C

お名前： _____ 年齢（ _____ 歳） _____

受診日： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 内服中の薬： なし あり（薬： _____）

* 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） _____

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

