

診療申込票

形成外科

お名前	ふりがな	大・昭	年	月	日	生まれ	男・女
		平・令	満	()	才	
ご住所	〒 -						
連絡先	携帯電話	-	-				
	緊急連絡先 (ご家族・ご自宅・お勤め先)	-	-				

本日はどうなさいましたか？ 該当する項目の <input type="checkbox"/> に チェック✓をつけて下さい。	<input type="checkbox"/> しみ	<input type="checkbox"/> ほくろ	<input type="checkbox"/> 傷跡
	<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> シワ	<input type="checkbox"/> たるみ
どここの部位ですか？	<input type="checkbox"/> あざ	<input type="checkbox"/> 肌トラブル	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> 手 (腕) 右・左 <small>○で囲ってください</small>
	<input type="checkbox"/> 首	<input type="checkbox"/> 胸部	
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 背部	<input type="checkbox"/> 足 (脚) 右・左 <small>○で囲ってください</small>
	<input type="checkbox"/> その他 []		
いつ頃からですか？	() 頃から		
麻酔の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
	麻酔時に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ある場合 (症状:)		
病気や手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> アトピー
	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ぜんそく
	(手術名:)		いつ頃:)
服用中のお薬は？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)	
	*マイナンバー保険証による情報提供に同意された方は省略		
薬でアレルギーが出たことは？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)	
(女性の方へ) 現在、妊娠・授乳は？	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中	<input type="checkbox"/> 可能性がある
当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ご紹介 () さん	<input type="checkbox"/> インターネット	
	<input type="checkbox"/> 通りすがり	<input type="checkbox"/> その他 ()	

ご記入ありがとうございました。
診療申込票を受付へお持ちください。