

# 診療申込票

形成外科

お名前前	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)	- -					
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
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"/> タルミ			
		<input type="checkbox"/> アザ	<input type="checkbox"/> 肌トラブル				
		<input type="checkbox"/> その他 ( )					
どこの部位ですか？		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> まぶた			
		<input type="checkbox"/> 首	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 背部			
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 手 (腕)	<input type="checkbox"/> 足 (脚)			
		<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"/> ある				
		<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> アトピー			
		<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> ぜんそく			
		<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
		(手術名： ) (いつ頃： )					
服用中のお薬は？ (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)		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前： )				
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			

