

受診 年 月 日

氏名

性別 男 ・ 女

年齢 歳

形 成 外 科 問 診 票

本日のご相談内容についてお伺いします

1. どこに、いつから、どのような症状がありますか？

部位 () いつから ()
症状 ()

2. その症状について、以前に他の病院を受診しましたか？ 受診 (した ・ しない)

※受診した方

病院名 () 紹介状 (あり ・ なし)

今までの他の御病気についてお伺いします

1. 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことはありますか？ (あり ・ なし)

部位

病院名

2. 普段から飲んでいるお薬はありますか？ (あり ・ なし)

薬剤名 ()

※この中に“血が止まりづらくなる”お薬があるといわれていますか？ (あり ・ なし)

3. アレルギーはありますか？ (ある ・ ない) (種類 :)

東京高輪病院