

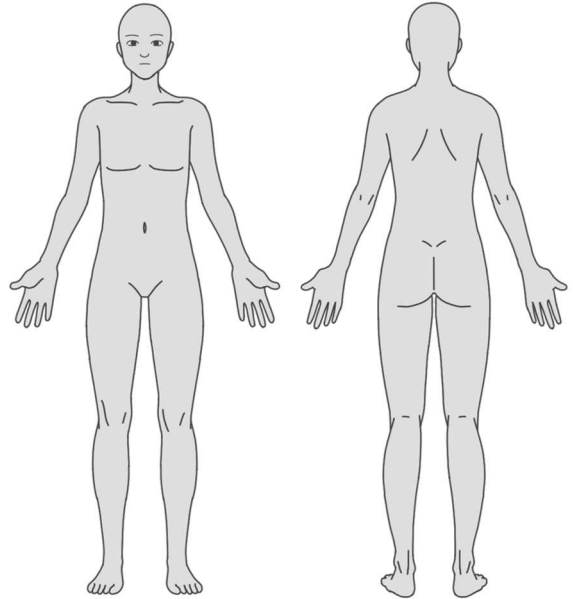
世田谷女性のクリニック 形成外科（保険診療）問診票

ご記入いただいた患者さんの個人情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

ふりがな		生年月日	昭和 年	平成 月	令和 日	() 歳
お名前		携帯番号	()			
ご住所	〒					

1. お困りの内容をお選びください。

- できもの（痛み・腫れ：あり・なし） しこり
イボ ほくろ ニキビ
ケガ キズ 傷痕 アザ
爪のトラブル 多汗症
その他（ ）



2. いつからですか？

()

3. 症状のある場所に○をつけてください。

4. 現在治療を受けている疾患はありますか？

- いいえ はい：高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓疾患
腎臓病 甲状腺疾患 膠原病 不整脈 その他（ ）

5. 上記以外に大きな病気をしたことがありますか？

いいえ はい：病名（ ）

6. アレルギーに関してお伺いします。

食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい：（ ）

薬のアレルギーはありますか？（例えば麻酔剤、抗生物質、鎮痛剤など）

いいえ はい：（ ）

その他のアレルギーはありますか？

いいえ はい：（ ）

7. 女性の方へお伺いします。

妊娠中ですか？

いいえ 可能性あり はい（妊娠 週 ・ 予定日 ）

8. 事前に治療に対するご希望をお知らせください。

- 保険治療のみ希望する 保険外治療も場合によっては検討する