



問 診 票



記入日 年 月 日

ふりがな		15 歳以下の方は体重をご記入ください (kg)
お名前	(男・女)	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)
ご住所	〒 -	
電話番号	() -	(携帯電話: - -)
ご職業		

🌸 本日の受診内容を記入してください。

※保険診療と保険外診療は同じ日には行えないため、別日でのご案内になります。

※診察部位が複数に渡る場合は、本日すべての部位を診察できない場合があります。

後日改めて問診票の記載をお願いすることがありますので、何卒ご了承ください。

保険診療 : ☐できもの (☐痛み ☐かゆみ ☐はれ ☐血・膿・汁がでる)
☐ほくろ ☐いぼ ☐ケロイド ☐巻き爪 ☐まぶたのたるみ
☐けが } [※けが・やけどの場合は詳しい時間・経緯を記入してください。]
☐やけど } [月 日 午前・午後 時頃]
☐その他 ()

保険外診療 : ☐シミ ☐シワ ☐キズ跡修正 ☐タトゥー除去 ☐男性型脱毛症 (AGA)
☐プラセンタ療法 ☐ニンニク注射

🌸 その症状・状態はいつ頃からですか？

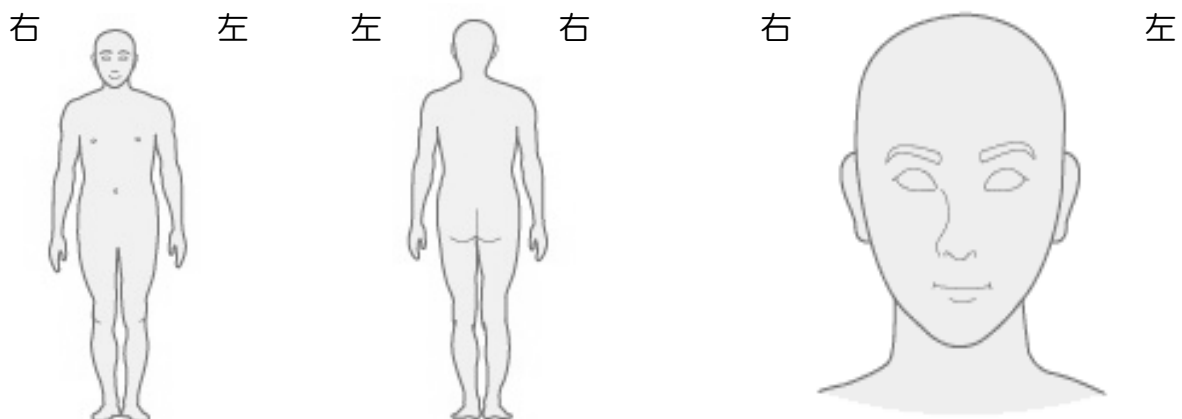
☐ () 日前 ☐ () 週間前 ☐ () カ月前 ☐ () 年前

🌸 上記の症状に関して他の医療機関を受診したことはありますか？

☐ ない ・ ☐ ある

あると答えた方：紹介状はありますか？ ☐ 紹介状なし ・ ☐ 紹介状あり

🌸 診察を希望される部位に○をつけてください。



< 2ページ目もご記入ください >

医療法人 藻友会 いしやま形成外科クリニック

TEL (011) 530-1480

☼ 現在あるいは過去にかかった病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある（下記に記入してください）

☐ 脳梗塞（ 歳） ☐ 脳出血（ 歳） ☐ 心筋梗塞（ 歳） ☐ 狭心症（ 歳）

☐ 不整脈（ 歳） ☐ 高血圧（ 歳） ☐ 肝臓病（ 歳） ☐ 腎臓病（ 歳）

☐ 糖尿病（ 歳） ☐ 透析（ 歳） ☐ 喘息（ 歳）

☐ がん（部位： 歳）

☐ その他の、病気やケガや手術など [※病名・手術名・その時の年齢を記入して下さい]

☼ 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器を使用していますか？ ☐ いいえ ☐ はい

☼ 常用しているお薬はありますか？ ☐ ない ☐ ある

※おくすり手帳をお持ちの方は受付へ提出をお願いします。

☼ おくすり手帳をお持ちでない方、またはおくすり手帳に記入されているもの以外で内服している薬がある方は、ご記入をお願いします。

（薬剤 ）

☼ アレルギーはありますか？ ☐ ない ☐ ある（下記に記入してください）

☐ 薬	[	薬剤名	症状	]	☐ 麻酔剤（薬剤名	症状	）
					☐ 食べ物（食品名	症状	）
					☐ ゴム製品		
					☐ アルコール綿		
					☐ その他（		）

☼ 女性の方にお伺いします。現在妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性ありますか？

☐ ない ☐ ある

あるとお答えの方はご記入ください。 ☐ 妊娠中（ 週） ☐ 授乳中 ☐ 妊娠の可能性ある

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

これらの情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。ご協力ありがとうございました。

医療法人 藻友会 いしやま形成外科クリニック

TEL (011) 530-1480