

品川シーサイド皮膚・形成外科クリニック

予診表

フリガナ  
氏名 (男・女)

生年月日  
(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL/携帯  
緊急時に連絡させていただく場合があります  
日中の連絡先をご記入下さい

現在の症状を簡単にご記入下さい。(いつから・どこが・どのような状態)

[Empty box for symptoms]

次の質問を読んで、正確に○をお付け下さい。

(病歴)

- 今までにかかったことのある病気  
腎臓病・心臓病・肝臓病・糖尿病・喘息  
血液病・結膜炎・高血圧・結核・胃腸病  
貧血・リウマチ・アトピー・ホルモン異常  
その他( )
- 現在その病気は (治っている・いない)  
(治療している・いない)
- 睡眠薬、精神安定剤などの使用経験  
(ある・ない)
- 現在使用している薬  
薬品名:  
[Empty box for medicine name]
- 現在あてはまる症状  
発熱・鼻水・咳・咽頭痛・下痢・便秘  
吐き気・息切れ・動悸・食欲不振・不眠
- 今までに手術したことが (ある・ない)  
その際、気分が悪くなったことが  
(ある・ない)
- 麻酔の注射(歯科治療など)経験  
(ある・ない)  
その際、気分が悪くなったことが  
(ある・ない)

(体質)

- 出血が止まらなかったことが (ある・ない)
- かぶれるもの  
石鹸・化粧品・ナイロン・絆創膏・消毒液  
洗剤・アルコール・その他( )
- 薬や食べ物のアレルギーが (ある・ない)  
内容:  
[Empty box for allergy content]
- ケロイド(傷跡が盛り上る)体質 (ある・ない)
- 直射日光にあたると  
①赤くなりすぐにさめる  
②赤くなりめったに黒くならない  
③赤くなり時々黒くなる  
④たいてい黒くなる  
⑤必ず黒くなる

(家族歴)

- 肉親に該当する病気  
糖尿病・結核・心臓病・肝臓病  
アレルギー

(女性の方)

- 現在生理中ですか (はい・いいえ)
- 妊娠中ですか (はい・いいえ)

(脱毛を希望される方)

- 今行っている自己処理  
抜く・剃る・ワックス・エステ  
その他( )・ない

(当院をどこでお知りになりましたか)

インターネット・知人の紹介・電話帳・看板・電柱広告・バス停広告・チラシ・その他( )

ありがとうございました。診察までもうしばらくお待ち下さい。