

外科問診票

記入日： 年 月 日

氏名： (フリガナ：)

生年月日： 年 月 日 (歳) 性別： 男性 女性

住所：〒

電話：(自宅/携帯) (緊急連絡先：)

職業： (具体的な作業内容：)

本日の受診理由：切り傷・すり傷 異物混入 虫刺され 咬まれ傷 (動物：)

やけど その他 ()

処置が必要な部位：あたま 顔 指 うで あし その他 ()

処置・手術に関する確認事項

出血しやすい体質：いいえ はい

局所麻酔の経験：なし あり

局所麻酔でのトラブル：なし あり (症状：)

アレルギー

薬のアレルギー：なし あり (薬剤名： 症状：)

局所麻酔薬：なし あり (症状：)

絆創膏・テープ：なし あり

その他のアレルギー：なし あり ()

現在の服用薬

抗血栓薬 (血液をサラサラにする薬)：なし あり

その他の服用薬：なし あり

※お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください。

生活習慣

喫煙：なし あり (本/日) 過去にあり (歳から 歳まで、1日 本)

飲酒：なし あり (種類：) (頻度：週・月 日) (量： 合・ml)

女性の方のみ 妊娠の可能性：なし あり / 授乳中：いいえ はい

※本問診票は安全な処置・診療のために使用させていただきます。

本通みよしクリニック