

年 月 日 記入

フリガナ				男・女	年齢	歳	
お名前				生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所		〒（ ）					
電話番号		自宅			携帯		
仕事 内容	例：立ち仕事、デスクワーク、力仕事		運 動	☐ していない ☐ ランニング ☐ ゴルフ ☐ 筋トレ ☐ 水泳 ☐ 自転車 ☐ その他（ ）			

①受診理由を当てはまる□にチェックしてください。

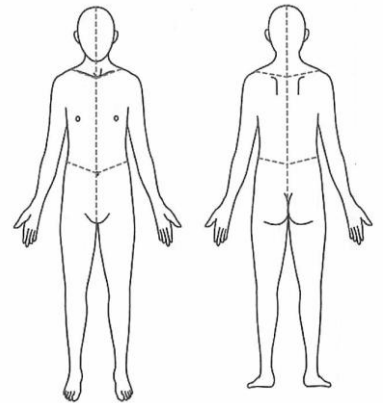
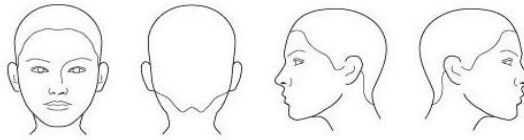
☐粉瘤（できもの） ☐脂肪腫 ☐イボ・ホクロ
☐眼瞼下垂（後日手術になります） ☐その他 ※耳垂裂など（ ）

②どの部分にどのような症状がありますか？

※右のイラストに○印をつけ、症状を記入して下さい。

症状

☐痛み ☐発赤 ☐腫れ
☐臭い ☐熱感 ☐破裂
☐かゆみ



▼できるもののおおよそのサイズを選択してください(必須)

☐3cm 以下 ☐3~6cm ☐6cm 以上

③症状がでたのはいつからですか？

□今日・() 日前・() 週間前・それ以上 □わからない

④これまでに同じような手術や処置を受けられた事がありますか？

☐なし ☐診断のみ ☐手術を受けた(年前 病院／手術部位()

⑤これまでにかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

☐なし ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐高脂血症 ☐緑内障 ☐心臓病 ☐肝臓病 ☐脳梗塞 ☐前立腺肥大
☐手術歴（ ） ☐その他（ ）

⑥現在、服薬中のお薬はありますか？※あれば下部にご記入下さい。（名称不明の場合は〈例：高血圧の薬〉等で構いません。）

☐なし ☐あり()()()()()()

⑦薬や食物のアレルギー、喘息はある方は以下、当てはまるものにチェックをお入れください。

☐なし ☐喘息 ☐抗生物質() ☐局所麻酔薬 ☐アルコール ☐イソジン ☐卵 ☐その他 例：果物等

⑧今までに歯科治療の麻酔で気分が悪くなった事がありますか？

☐いいえ ☐はい 例：気分不良等（ ）

⑨体内に医療機器（ペースメーカーや電極など）が埋め込まれていますか？

☐いいえ ☐はい ()

⑩近日中に大切な予定はありますか？（結婚式・海外旅行・温泉・レジャーなど）

☐いいえ ☐はい 例：○日～温泉旅行等（ ）

*手術後1～2週間は温泉・海・プールなどは、はいれませんのでご注意ください。(期間は変動があります)

女性の方で該当される方のみご記入下さい。現在妊娠している可能性はありますか？

☐いいえ ☐可能性あり ☐妊娠 カ月 ☐授乳中

* マイナンバー保険証をご利用の方は下記に必ずチェックをお願いします。

☐ 私は、貴院がマイナンバー保険証による診療情報・薬剤情報・特定検診及び高齢者検診などの情報を取得する事に同意します。