ID

はじめて形成外科を受診される方へ

氏名　　男・女　　才

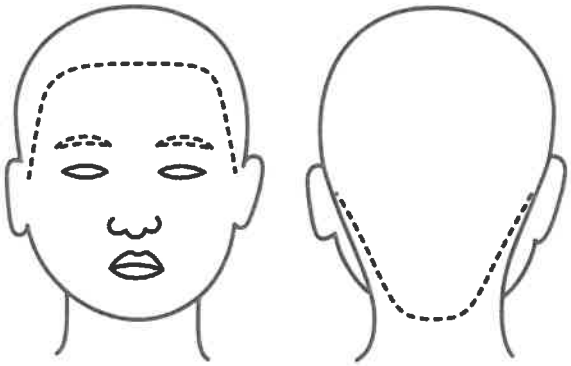
●どういうことで受診されましたか。

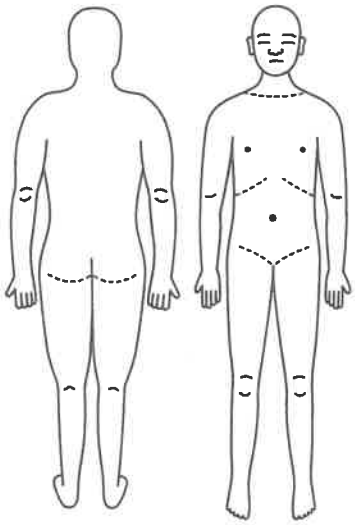
[　　]

●いつごろからですか。

[　　]

●どの部位ですか（図にご記入ください）。





●以下の病気にかかったことがありますか。
高血圧、心臓病、糖尿病、肝臓病、脳血管障害、腎臓病、薬剤アレルギー、喘息
アトピー性皮膚炎、悪性腫瘍、その他（　　）

●今まで手術をしたことがありますか。

[　　]の手術　[　　]ごろ

その手術の麻酔は？
全身麻酔・下半身(腰椎)麻酔・局所麻酔

どなたと来院されましたか。（　　・一人）

身長（　　）cm、体重（　　）kg、職業（　　）

紹介状はありますか。（あり　・　なし）

H23.5. 1000