



形成外科外来問診票

ID (診察券番号) _____ 氏名 _____

当てはまるものを○でかこみ、必要事項記入をお願いします

- ① 今までに手術や麻酔（歯の治療を含む）を受けたことがありますか。
ある ない
- ② 今までに輸血を受けたことがありますか。
ある ない
- ③ 現在服用している薬で血が止まりにくくなる薬を服用していますか。
はい（薬の名前： _____ ） いいえ
- ④ 月経困難治療剤/経口避妊薬（ピル）を服用していますか。
（* 血栓のリスクがあります）
はい（薬の名前： _____ ） いいえ
- ⑤ 本日お薬手帳はお持ちですか。（コピーをとらせて頂きます）
ある ない
- ⑥ 家族・親戚に結核を患った、または現在治療を受けている方がいますか。
いる いない わからない
- ⑦ 家族・親戚に麻酔の注射で異常をきたした方がいますか。
いる いない わからない
- ⑧ これまでに次のような細菌の感染、または保菌状態といわれたことがありますか。
ない
ある （下記に当てはまる項目を○で囲んでくださるか、詳細を記入ください）
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA） 多剤耐性緑膿菌（MDRP）
バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)
その他の多剤耐性菌
※具体的な細菌名がわかればお書き下さい（ _____ ）
※細菌の検出部位がわかればお書き下さい（ _____ ）



ご協力ありがとうございます。診察までしばらくお待ち下さい。

2024.06.改訂

形成外科を受診される患者様へ

- ・ 抗血小板薬、抗血栓薬

(リクシアナ、イグザレルト、エリキュース、ワーファリンなど)

- ・ 糖尿病薬

(ジャヌビア、メトグルコ、イニシンク、ビクトーザ、トルリシティ、リベルサス、マンジャロなど)

- ・ ホルモン製剤、経口避妊薬

(エストリール、プロゲステロン、低用量ピルなど)

上記の薬を内服している場合、手術ができなくなる可能性があるので、診察時に必ずお申し出ください。

その他、特殊な内服薬も対象になることがありますので、お申し出ください。