形成外科初診時アンケート

氏名（　　）　年齢（　　歳）　性別（ 男・女 ）

（1）生まれつきの場合おなじような症状の方が家族や親類におられますか。

いいえ、　はい（　　）

（2）当院に形成外科があることをどうして知りましたか。

（3）その他、受診に対しての御希望がありましたら記入してください。

（4）12 歳以下のお子さんの場合だけ記入してください。

イ）第（　　）子　　出生時の体重（　　）g

ロ）妊娠中や出産時に変わったことがありましたか。

いいえ

はい　　・妊娠中（　　）

　　・出産時（　　）

ハ）保健所や小児科の定期検診をうけられましたか。（いいえ、　はい）

どこか他に異常を指摘されましたか。（いいえ、　はい）

（　　）

ニ）子供のかかりやすい病気はすみましたか。すんだものに○をしてください。

・はしか　　・おたふくかぜ　　・水ぼうそう　　・ふうしん

・その他（　　）

御協力ありがとうございました。

大阪市立総合医療センター形成外科外来

Osaka City General Hospital

Plasitic & Reconstructive Surgery