

202 年 月 日

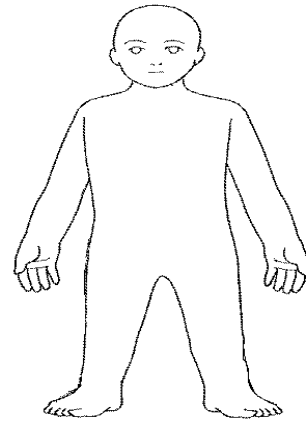
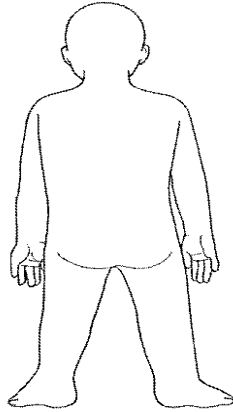
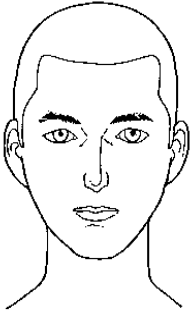
大船中央病院 皮膚科 問診票

お名前

(ID:)

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない する 持っていない

1. 今日はどうされましたか？
診察を希望される部位に○を付けて下さい。



2. どんな症状ですか？

- 痛い
- 赤くなった
- 膨らんでいる
- 発熱している
- かゆい
- ぶつぶつがある
- 腫れている
- その他 ()

3. いつ頃からですか？

4. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか

5. 現在、何らかの病気でお薬を飲んでいますか？
どちらかに○を付けてください。 *お薬手帳がある方は準備してお待ち下さい
- | | |
|-------|--------|
| 飲んでいる | 飲んでいない |
| 「薬の名前 | 」 |

6. 3カ月以内に海外への渡航歴はありますか？

はい いいえ

「はい」の方・・・渡航した国（都市まで記入）

渡航期間 年 月 日～ 年 月 日まで

7. 女性の方へ 現在妊娠していますか？

はい () ヶ月) いいえ