

(ID:)

大船中央病院皮膚科問診票

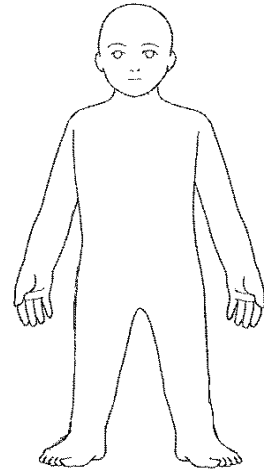
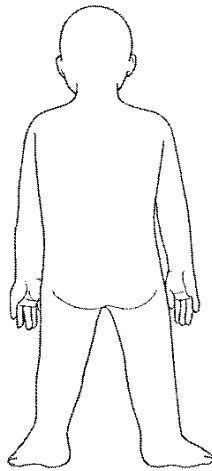
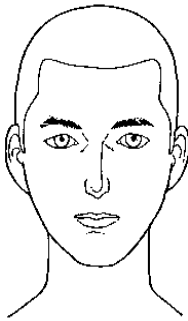
201 年 月 日

お名前

1. 皮膚に何らかの症状がありますか？
どちらかを○を囲んでください。

有 無

2. 今日はどこを診て欲しいですか？
診察を希望される部位に○を付けて下さい。



3. いつその症状に気づきましたか？

4. 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

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。

飲んでいる 飲んでいない

6. 女性の方へ 現在妊娠していますか？
はい（ 月） いいえ

