

202 年 月 日

大船中央病院 皮膚科 問診票

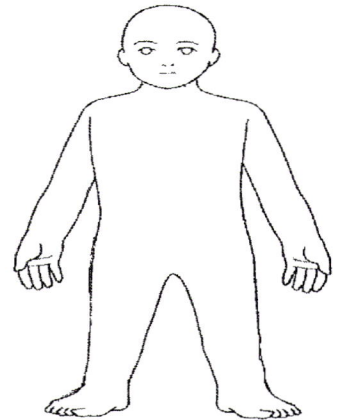
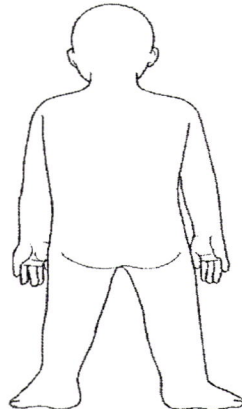
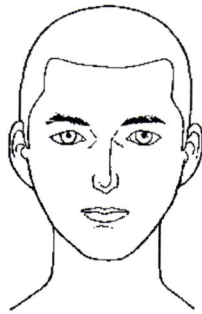
お名前

(ID:)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 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？
- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 赤くなった | <input type="checkbox"/> 膨らんでいる | <input type="checkbox"/> 発熱している |
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> ぶつぶつがある | <input type="checkbox"/> 腫れている | <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 飲んでいる	<input type="checkbox"/> 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