

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
お名前	男女		年 月 日
住所	〒 —		
TEL		職業	

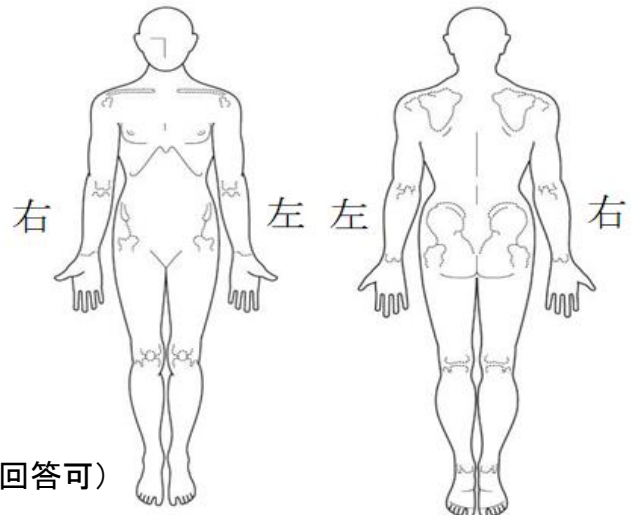
マイナ保険証による情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ）

1 いつからどのような症状でお困りですか？

いつごろから（ ）から

どの部位に（右図に○を付けてください）

（右図は表裏の全身像）



2 どのような症状ですか ○ をつけて下さい（複数回答可）

赤み・かゆみ・痛み・ぶつぶつ・水ぶくれ・化膿・かさつき・フケ・イボ・円形脱毛
水虫・爪水虫・ニキビ・じんましん・アトピー・やけど・水イボ・男性型脱毛症
その他（ ）

3 今回の皮膚病の原因として思い当たる事がありますか

ある場合は記入して下さい（薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等）
（ ）

4 この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入して下さい

治療内容（薬の名前など）（ ）

5 アレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけて下さい

また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい
アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 金属 動物 食物
薬（ ）
その他（ ）

6 現在 皮膚科以外で治療している病気はありますか（あり・なし）

内服している薬はありますか（あり・なし）

薬手帳はありますか（あり・なし）

7 女性の方のみ ○ をつけて下さい

現在 妊娠中ですか はい（ ）ヶ月 可能性 あり・いいえ

現在 授乳中ですか はい ・ いいえ

資料（あり・なし）

ご協力ありがとうございました。

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致します。