

お名前 _____

体温 _____℃

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？

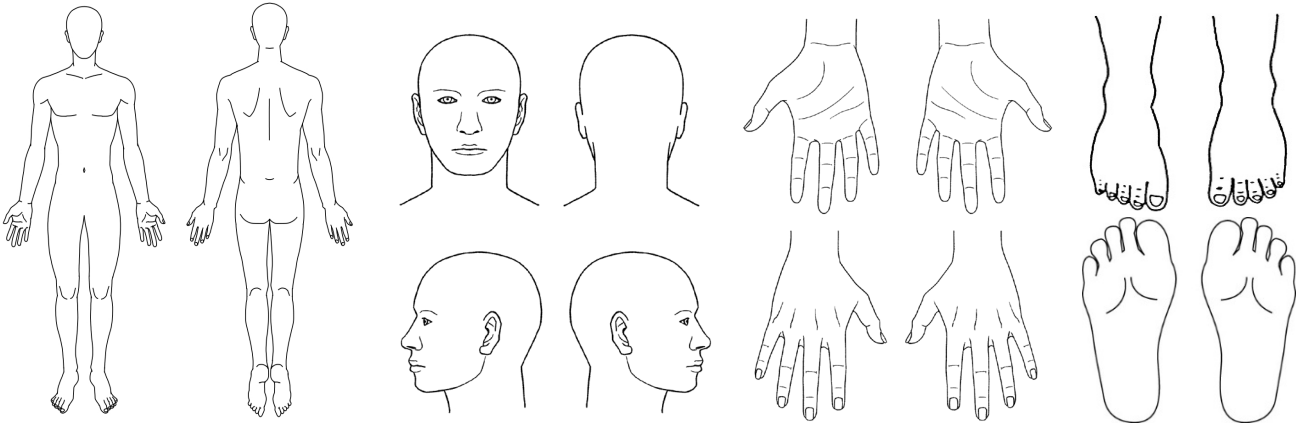
 いいえ はい

2. いつから、どのような症状がありますか？

(月 日から)

 かゆい 痛い かさかさ 赤くなっている 水虫 いぼ ほくろ 傷 虫刺され できもの にきび 脱毛 あざ その他 ()

3. 当てはまる部位に○を入れてください



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ますか？

 いいえ はい 治療内容 (薬の名前など) ()

医療機関名 ()

5. 現在、治療中の病気がありますか？

 ない ある (病名) (医療機関名)

6. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか？

 ない ある (病名) (医療機関名)

7. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

 ない ある → アトピー性皮膚炎 食物のアレルギー アレルギー性鼻炎 薬のアレルギー (薬剤名:) その他 ()

8. 女性のみ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？

 ない ある 【出産予定日: 月 日】 授乳中である