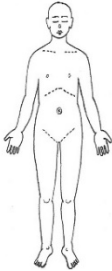


形成外科問診票

受診年月日	氏名	年齢	性別
(18歳未満の方は体重を記入して下さい kg)			紹介状 (○有・●無)
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (●はい ・ ○いいえ)			CD-ROM (○有・●無)
1. どのような症状ですか？ 			体温 (°C)
2. 症状の部位に○をつけて下さい。			
(前)  (右) (左) (後)  (左) (右) 			
3. その症状はいつ頃からですか？ 年 月 日			
4. 今回の症状に対し、何か治療を受けましたか？ 飲み薬 { 塗り薬 { その他 { 薬品名： 薬品名： 			
5. 薬のアレルギーはありますか？ ●ない ・ ○ある 薬品名 ()			
6. 今までにかかったことのある病気または治療している病気はありますか？ ●ない ・ ○ある 病名 ()			
7. 今、服用されているお薬はありますか？ ●ない ・ ○ある 薬品名 ()			
8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？ (女性の方) ○妊娠している ・ ○妊娠していない ○授乳している ・ ○授乳していない			
9. 他の医療機関の受診 ●なし ・ ○あり (どこで)			
10. (過去1年以内)特定健診の受診歴 ●あり ・ ○なし			