

記入日：令和 年 月 日

済生会西条病院

患者番号：

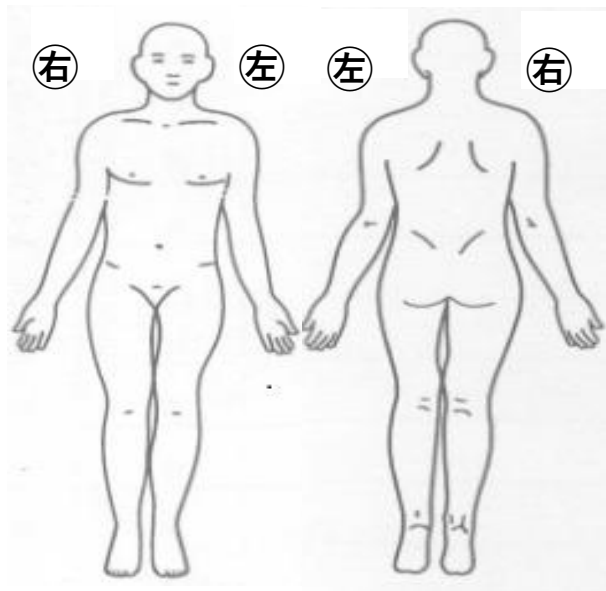
氏 名：

皮膚科問診票

1. 本日はどのような症状で病院に来院されましたか

①いつ頃からありますか。 【令和 年 月 日頃】

②症状のある場所に○をつけてください。



③どのような症状ですか。

- ☐ しっしん ☐ かぶれ ☐ かゆみ ☐ 水虫 ☐ イボ
☐ できもの ☐ 水いぼ ☐ ニキビ ☐ タコ
☐ アトピー、乾燥肌 ☐ ヘルペス ☐ うおのめ
☐ その他（具体的に記入してください）

2. 希望される検査はありますか

● お薬手帳は持参していますか 【 はい ・ いいえ 】

3. 18歳以下の方にお伺いします。

学校（園）や部活・通学中の怪我ですか。 【 はい ・ いいえ 】

「はい」の方は、災害共済給付制度の対象です。医療費を一旦お支払いいただきます。

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提供に同意いただけますか。 【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。