

## 请写下列的资料

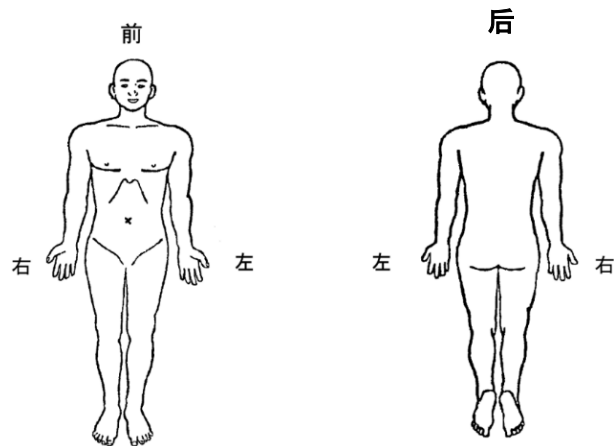
有日本的健康保险吗？ 有・无→有日本的健康保险请提出

(フリガナ)		职业	
姓名	殿		
出生年月日 年龄	年            月            日	性别	男    女
住址	〒		
联络方式			
电话	—                            —		

身高 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg

- 有介绍信吗？      有      •      无
- 可以利用我的号码卡的诊疗信息吗？      可      •      不可

1. 请标示皮肤病的部位



2. 怎么样不好？

- 1) 觉得痒                      2) 痛      3) 肿起来                      4) 有水疱
- 5) 有脓肿                      6) 有出疹子 (红、褐色、黑、蓝、白、黄色、其他)
- 7) 有疣      8) 头发脱落                      9) 有脱皮
- 10) 其他 ( \_\_\_\_\_ )

因为本院取得了医疗信息，可以提供高质的医疗服务  
 为取得正确的信息，必须利用尔人的保险。请协力提供你的保险证号码的医疗信息  
 初診時 (不使用保险证时)3 成负担 10 日元  
 初診時用医疗信息、 (使用我的人保险证的人)3 成负担的人不用多付 10 日元

请也填写内幕

3. 症状是那个从什么时候開始？有什么特別原因吗？  
年 月 从日起 ( 从年龄起) ( )

迄今为止有同样症状？ 有 · 无

4. 迄今为止有接受過任何诊断吗？

1) 接受诊断 年 月 日 2) 没有  
医疗机构名  
诊断名

5. 迄今为止有发生过什么样的病吗？如果有的话，是几岁左右吗？（也请填写皮肤科以外的疾病名）

1)	年龄	4)	年龄
2)	年龄	5)	年龄
3)	年龄	6)	年龄

6. 现在也有在其他的医疗机构看诊？

医疗机构名  
诊断名

7. 有否在这 1 年里接受过体检(限制在特定体检以及老年人体检之内)吗？

无 · 有 (受诊时期 指摘内容 )

8. 家族的人有相似的疾病吗？

无 · 有 (谁？ )

9. 在食品，药剂，其他有发生过过敏吗？

( )

10. 有正吃把血液换成飒飒的药吗？

无 · 有 (药剂名 )

11. 对女性

有怀孕的可能性吗？正在喂奶吗？

无 · 有 ( 个月) · 在喂奶中

12. 怎么样知道了这家诊所？

来自其他医院的介绍 亲戚、朋友的介绍 网络 TV 报纸 杂志 其他 ( )