



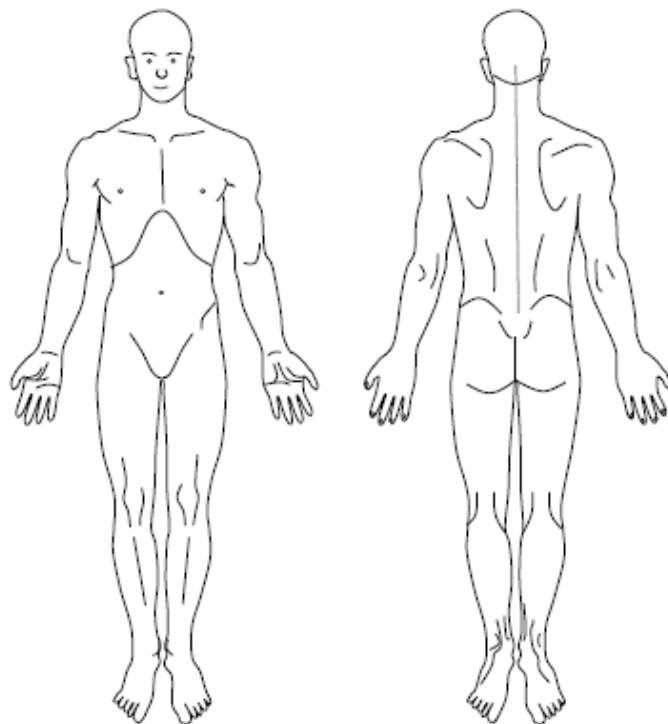
千葉大学・皮膚科外来にお越しの患者さんへ

お名前

年齢

1. 症状についてお伺いします。

a) どこに症状がありますか。
(絵に印をつけてください。)



b) どのような症状がありますか。

2. きっかけとなった出来事がありますか。

3. 前の病院ではどのような治療をされましたか。

4. 現在使っているお薬（皮膚科のお薬）をお書き下さい。

当院は教育、研究機関であり、医学生が病院実習を行っています。医師の診察の前に、医学生がお話を聞かせていただくことがあります。また、診断の妥当性や治療経過を科内のカンファレンスで検討する目的で、皮膚症状の写真を必要に応じて撮影させていただいております。撮影した写真や治療経過、検査データといった臨床情報は個人が識別できないように十分配慮し、個人情報の保護を絶対条件として研究や論文発表等に使用させていただくことがあります。別紙の同意書に承諾の有無をご記入ください。