

# CUESTIONARIO MÉDICO

## 問診表

### A COMPLETAR POR EL ASEGURADO / 被保険者記入欄

Nombre y apellidos / 姓名 : .....

Nº de afiliación / 保険番号 : .....

Email : .....

Fecha de nacimiento (d-m-y/a) / 生年月日 (日 - 月 - 年) : ..... / ..... / .....

Sexo / 性別 : .....

### A COMPLETAR POR EL MÉDICO

¿Qué padece el paciente? / 患者の病名は何ですか？

Fecha de aparición (d-m-y/a) / この病気(症状)が最初に起こった日はいつですか？  
..... / ..... / .....

¿Es la primera vez? / この疾患は今回が初めてですか？

¿Cuánto tiempo ha pasado entre que los síntomas comenzaron y la primera consulta médica? / 診察前、どのくらいの期間この病気を患っていますか？

¿Existe alguna patología asociada? / 他に関連した疾患がありますか？

¿Padece alguna patología preexistente? / 既往症はありますか？

ESTE DOCUMENTO DEBE COMPLETARSE Y ENVIARSE FIRMADO A:

**MAI / Chapka Assurances**  
Medical Administrators International  
39 rue Anatole France  
92532 Levallois Perret Cedex  
**Tel: +33 1 84 79 08 82**

También puede escanearse y enviarse por email a:  
**chapka@medical-administrators.com**

**FIRMA DEL MÉDICO /**  
医師サイン :