

DERMATOLOGY

ひふかもんしんひょう 皮膚科問診票

English えいご

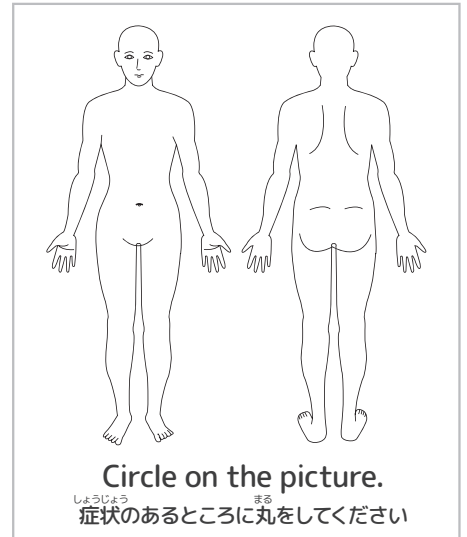
Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください。

today's date / きょうのひづけ
yyyy年 mm月 dd日

Name 名前 <small>なまえ</small>	<input type="checkbox"/> Male 男 おとこ <input type="checkbox"/> Female 女 おんな
DOB 生年月日 <small>うまれたひ</small> year 年 <small>ねん</small> month 月 <small>がつ</small> day 日 <small>にち</small>	Phone number 電話番号 <small>でんわ</small>
Address 住所 <small>じゅうしょ</small>	
Nationality 国籍 <small>こくせき</small>	Language 言語 <small>ことば</small>
Do you have health insurance? 健康保険はありますか <small>けんこうほけん</small> <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	

■What are your symptoms? どうしましたか

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> fever(熱 <small>ねつ</small>) | <input type="checkbox"/> pain いたい | <input type="checkbox"/> itching かゆい |
| <input type="checkbox"/> burn やけど | <input type="checkbox"/> rash ほっしん | <input type="checkbox"/> eczema しっしん |
| <input type="checkbox"/> bruising あざ | <input type="checkbox"/> mole ほくろ | <input type="checkbox"/> liver spots しみ |
| <input type="checkbox"/> athlete's foot みずむし | <input type="checkbox"/> oozing じくじくする | <input type="checkbox"/> others そのた |



■How long have you had these problems? それはいつからですか

Since _____ yyyy年 _____ mm月 _____ dd日

■Have the symptoms changed? その症状は変化していますか しょうじょう へんか

- Yes はい No いいえ

■Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物のアレルギーはありますか くすり た の もの

- Yes はい → medication 薬 くすり food 食べ物 た の もの others そのた No いいえ

■Are you currently taking medication? いま薬を飲んでますか くすり の

- Yes はい → If you have any with you, please show them. 持っていれば見せてください No いいえ

■Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? いま妊娠中、または妊娠の可能性はありますか にんしんちゅう にんしん かのうせい

- Yes はい → _____ months ヶ月 かげつ No いいえ I don't know わからない

■Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか じゅにゅう Yes はい No いいえ

■What illnesses have you had in the past? いままでにかかった病気はありますか びょうき

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> gastrointestinal disorder 胃腸の病気 <small>いちょう びょうき</small> | <input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 <small>かんぞう びょうき</small> | <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 <small>しんぞう びょうき</small> |
| <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 <small>じんぞう びょうき</small> | <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <small>けっかく</small> | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <small>とうにょうびょう</small> |
| <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく | <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <small>こうけつあつしやう</small> | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ |
| <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん びょうき</small> | <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒 <small>ばいどく</small> | |
| <input type="checkbox"/> others そのた | | |

■Are you currently under medical treatment? いま治療している病気はありますか ちりやう びょうき Yes はい No いいえ

■Have you ever had any operations? 手術を受けたことはありますか しゅじゆつう Yes はい No いいえ

■Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔のトラブルがありましたか ますい Yes はい No いいえ

■Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を連れてくることができますか こんご つうやく つ

- Yes はい No いいえ