

# DERMATOLOGY

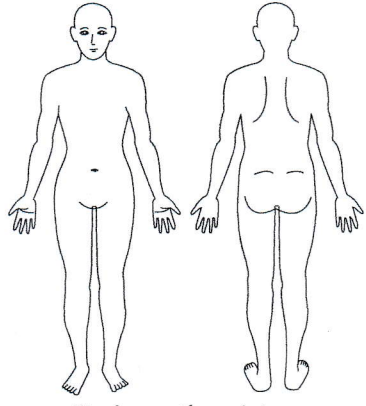
ひ ふ か もんしんひょう  
皮膚科問診票

English  
英語

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

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Nationality 国籍		Language 言葉		

What are your symptoms? どうしましたか		 <p>Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください</p>	
<input type="checkbox"/> fever( °C) 熱がある <input type="checkbox"/> burn やけど <input type="checkbox"/> bruising あざ <input type="checkbox"/> athlete's foot 水虫	<input type="checkbox"/> pain 痛い <input type="checkbox"/> rash 発しん <input type="checkbox"/> mole ほくろ <input type="checkbox"/> oozing じくじくしている		<input type="checkbox"/> itching かゆい <input type="checkbox"/> eczema 湿しん <input type="checkbox"/> liver spots しみ <input type="checkbox"/> others その他
How long have you had these problems? それはいつからですか			
Since' _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から			
Have the symptoms changed? その症状は変化していますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒	
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			

原 本