

DERMATOLOGY

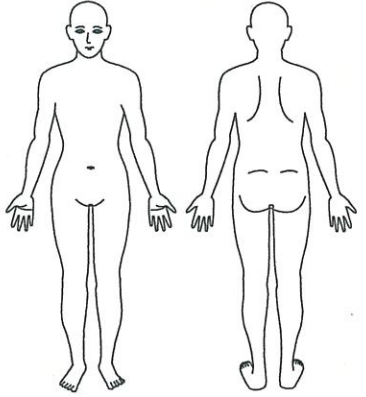
ひ ふ か もんしんひょう
皮膚科問診票

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			☐ Male 男	☐ 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?	☐ Yes はい		☐ No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか		 Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください	
☐ fever(熱がある) ☐ pain 痛い ☐ itching かゆい ☐ burn やけど ☐ rash 発疹 ☐ eczema 湿疹 ☐ bruising あざ ☐ mole ほくろ ☐ liver spots しみ ☐ athlete's foot 水虫 ☐ oozing じくじくしている ☐ 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			
☐ Yes はい ☐ 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			
☐ Yes はい → ☐ medication 薬 ☐ food 食べ物 ☐ others その他 ☐ No いいえ			
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
☐ 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 ☐ 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			
☐ Yes はい → _____ months ヶ月 ☐ No いいえ			
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		☐ Yes はい ☐ 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			
☐ stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 ☐ liver disease 肝臓の病気 ☐ heart disease 心臓の病気 ☐ kidney disease 腎臓の病気 ☐ tuberculosis 結核 ☐ diabetes 糖尿病 ☐ asthma ぜんそく ☐ high blood pressure 高血圧症 ☐ AIDS/HIV エイズ ☐ thyroid problems 甲状腺の病気 ☐ syphilis 梅毒 ☐ others その他			
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		☐ Yes はい ☐ No いいえ	
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		☐ Yes はい ☐ 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		☐ Yes はい ☐ 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			
☐ Yes はい ☐ No いいえ			