

# DERMATOLOGY

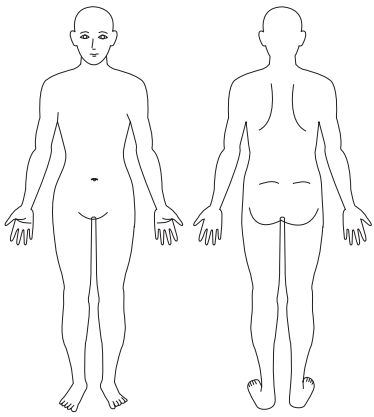
ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

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 ねん 年 month がつ 月 day 日にち 日

Name 名前 <small>なまえ</small>		<input type="checkbox"/> Male 男 <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> Female 女 <small>おんな</small>
Date of birth 生年月日 <small>せいねんがつび</small>	_____ year 年 <small>ねん</small> _____ month 月 <small>がつ</small> _____ day 日 <small>にち</small>	Phone 電話 <small>でんわ</small>	
Address 住所 <small>じゅうしょ</small>			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけんも</small>	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍 <small>こくせき</small>		Language 言葉 <small>ことば</small>	

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 <small>ねつ</small> <input type="checkbox"/> pain 痛い <small>いた</small> <input type="checkbox"/> itching かゆい <small>かゆい</small> <input type="checkbox"/> burn やけど <input type="checkbox"/> rash 発疹 <small>はっしん</small> <input type="checkbox"/> eczema 湿疹 <small>しっしん</small> <input type="checkbox"/> bruising あざ <input type="checkbox"/> mole ほくろ <input type="checkbox"/> liver spots しみ <small>しみ</small> <input type="checkbox"/> athlete's foot 水虫 <small>みずむし</small> <input type="checkbox"/> oozing じくじくしている <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 <small>ねん</small> _____ month 月 <small>がつ</small> _____ day 日 <small>にち</small> から	
Have the symptoms changed? その症状は変化していますか <small>しょうじょうへんか</small>	
<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 <small>くすり た もの で</small>	
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> food 食べ物 <small>た もの</small> <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 <small>げんざいの くすり</small>	
<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 <small>も</small> <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 <small>にんしん か のうせい</small>	
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月 <small>かげつ</small> <input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか <small>じゆにゅうちゆう</small>	<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 <small>いま びょうき</small>	
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal 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>とうりょうびょう</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>はいどく</small> <input type="checkbox"/> 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 <small>げんざい ちりよう びょうき</small>	<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 <small>しゆじゆつ う</small>	<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 <small>ますい なに</small>	<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 <small>こんご つうやく じぶん</small>	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	