

皮肤科问诊表

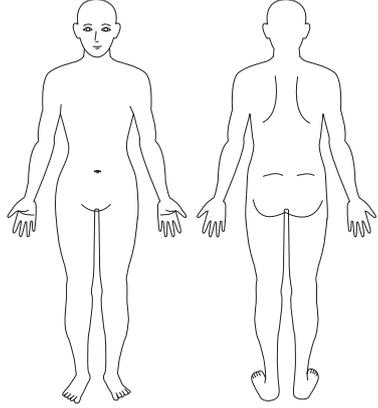
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑您的状况的项目处打上记号 あるいはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前			<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話		
住址 住所				
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい		<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍	语言 言葉			

有何症状? どうしましたか	 <p>请在有症状的位置画圈 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 发烧(℃) 熱がある <input type="checkbox"/> 疼痛 痛い <input type="checkbox"/> 瘙痒 かゆい <input type="checkbox"/> 烫伤, 烧伤 やけど <input type="checkbox"/> 出疹子 発しん <input type="checkbox"/> 湿疹 湿しん <input type="checkbox"/> 青紫斑 あざ <input type="checkbox"/> 黑痣 ほくろ <input type="checkbox"/> 表皮斑块 しみ <input type="checkbox"/> 脚气 水虫 <input type="checkbox"/> 有渗出物 じくじくしている <input type="checkbox"/> 其他 その他	
何时开始的? それはいつからですか	
_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から 症状是否持续变化? その症状は変化していますか <input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ	
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否正在哺乳 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	