

DERMATOLOGY

ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

Tagalog

タガログ語

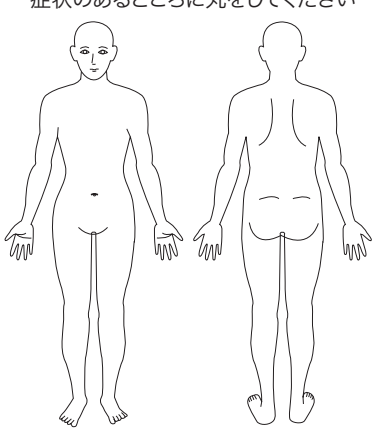
Lagyan ng tsek ang naaayong mga sagot. あてはまるものにチェックしてください

Taon ^{ねん}年

Buwan ^{がつ}月

Araw ^{にち}日

Pangalan ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Lalaki ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Babae ^{おんな} 女
Kaarawan ^{せいねんがつび} 生年月日	_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日	Telepono ^{でんわ} 電話		
Tirahan ^{じゅうしょ} 住所				
Mayroon ka bang Health Insurance? ^{けんこうほけんも} 健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}
Nasyonalidad ^{こくせき} 国籍			Wika ^{ことば} 言葉	

Ano ang nais ikonsulta? ^{どうしましたか}	Bilugan sa larawan sa ibaba. [○] ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> may lagnat(^{ねつ} °C)熱がある <input type="checkbox"/> mahapdi/masakit ang balat ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> makati ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> sunog/paso ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> pamumula sa balat ^{ほっしん} 発疹 <input type="checkbox"/> eksema ^{しつしん} 湿疹 <input type="checkbox"/> pasa ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> nunal ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> pekas ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> alipunga ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> namamasa-masa ang balat ^{じくじく} じくじくしている <input type="checkbox"/> iba pa ^{その他} その他	
Kailan pa ito nagsimula? ^{それはいつからですか}	
_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日から	
Nagbabago ba ang mga sintomas? ^{しょうじょうへんか} その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
May allergy ka ba sa gamot o pagkain? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → <input type="checkbox"/> gamot ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> pagkain ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> iba pa ^た その他 <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}	
May iniinom ka bang gamot sa kasalukuyan? ^{げんざいの くすり} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → Kung mayroong dalang gamot ay nais naming makita. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}	
Ikaw ba ay nagdadalantao o may posibilidad na nagdadalantao? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → _____ buwan ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
Nagpapadede (breastfeed) pa ba sa kasalukuyan? ^{じょうちゆう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Anu-anong sakit ang mayroon o nagkaroon ka na? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> sakit sa sikmura at bituka ^{いちょうびょうき} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa atay ^{かんぞうびょうき} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa puso ^{しんぞうびょうき} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa bato ^{じんぞうびょうき} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberkulosis/T.B. ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> diyabetes ^{とうにょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> hika ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> mataas na presyon ng dugo ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> HIV / AIDS ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> bosyo(goiter) ^{こうじょうせんびょうき} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sipilis ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> iba pa ^{その他} その他	
May sakit ba na ginagamot sa kasalukuyan? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}
Nakaranas na bang maoperahan? ^{しじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Nakaranas ka ba ng problema ng mabigyan ka ng pangpamanhid o anestisyas? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
Maaari ka bang makapagsama ng translator sa susunod? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	