

DERMATOLOGIE

ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

français
フランス語

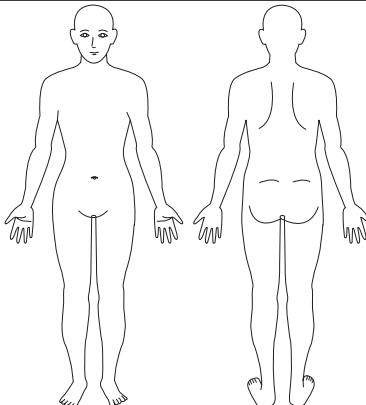
Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

<p>Symptômes どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> fièvres(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> douleur 痛い <input type="checkbox"/> démangeaisons かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> brûlure やけど <input type="checkbox"/> éruptions cutanées 発しん <input type="checkbox"/> eczéma 湿しん</p> <p><input type="checkbox"/> bleus あざ <input type="checkbox"/> grain de beauté ほくろ <input type="checkbox"/> tâches しみ</p> <p><input type="checkbox"/> pied d'athlète(mycose) 水虫 <input type="checkbox"/> Purulence じくじくしている <input type="checkbox"/> autres その他</p>	 <p>Indiquez par un cercle sur le dessin ci-dessus. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか</p> <p>Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から</p> <p>Les symptômes ont-ils changé? その症状は変化していますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬 <input type="checkbox"/> aliments 食べ物 <input type="checkbox"/> autres その他 <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi, montrez les moi. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい → _____ mois ヶ月 <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Allaiter- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> maladie hépatique 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> maladie cardiaque 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> maladie rénale 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberculose 結核 <input type="checkbox"/> diabète 糖尿病 <input type="checkbox"/> asthme ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症 <input type="checkbox"/> SIDA エイズ <input type="checkbox"/> problème thyroïdien 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> autres その他</p>	
<p>Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	
<p>Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</p> <p><input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ</p>	