

BAGIAN KULIT

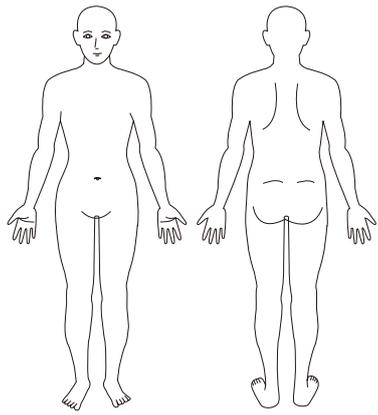
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			<input type="checkbox"/> Laki-laki 男 <input type="checkbox"/> perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍	bahasa 言葉		

<p>Apa masalah anda? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> demam (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> sakit 痛い <input type="checkbox"/> gatal かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> terbakar やけど <input type="checkbox"/> bintik merah 発疹 <input type="checkbox"/> eksim 湿疹</p> <p><input type="checkbox"/> bercak merah あざ <input type="checkbox"/> Tahi lalat ほくろ <input type="checkbox"/> flek hitam しみ</p> <p><input type="checkbox"/> kutu air 水虫 <input type="checkbox"/> Luka bernanah/borok じくじくしている</p> <p><input type="checkbox"/> lainnya その他</p>	 <p>Lingkari pada gambar. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか</p> <p>_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から</p> <p>Apakah dari gejala tersebut ada perubahan tidak normal di badan Anda? その症状は変化していますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい → <input type="checkbox"/> obat 薬 <input type="checkbox"/> makanan 食べ物 <input type="checkbox"/> lainnya その他 <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 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"/> ya はい → _____ bulan 月 <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> TBC 結核 <input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病 <input type="checkbox"/> asma ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS エイズ <input type="checkbox"/> kelenjar gondok 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sipilis 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> lainnya その他</p>	
<p>Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 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"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	