

# BAGIAN KULIT

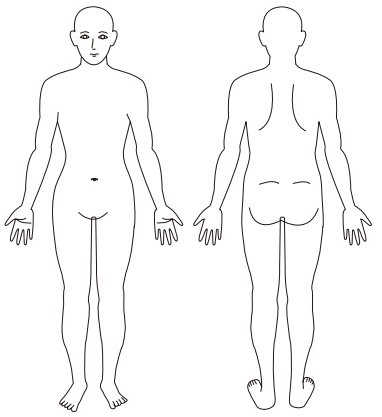
ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

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 <sup>ねん</sup> 年      bulan <sup>がつ</sup> 月      tanggal <sup>にち</sup> 日

nama <sup>なまえ</sup> 名前			<input type="checkbox"/> Laki-laki <sup>おとこ</sup> 男 <input type="checkbox"/> perempuan <sup>おんな</sup> 女
tanggal lahir <sup>せいねんがらび</sup> 生年月日	_____ tahun <sup>ねん</sup> 年      _____ bulan <sup>がつ</sup> 月      _____ hari <sup>にち</sup> 日	Telepon <sup>でんわ</sup> 電話	
alamat <sup>じゅうしょ</sup> 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? <sup>けんこうほけん</sup> 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 <sup>こくせき</sup> 国籍	bahasa <sup>ことば</sup> 言葉		

<p>Apa masalah anda? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> demam ( <sup>ねつ</sup> °C) 熱がある      <input type="checkbox"/> sakit <sup>いた</sup> 痛い      <input type="checkbox"/> gatal <sup>かゆい</sup> かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> terbakar <sup>やけど</sup> やけど      <input type="checkbox"/> bintik merah <sup>ほっ</sup> 発疹      <input type="checkbox"/> eksim <sup>しっしん</sup> 湿疹</p> <p><input type="checkbox"/> bercak merah <sup>あざ</sup> あざ      <input type="checkbox"/> Tahi lalat <sup>ほくろ</sup> ほくろ      <input type="checkbox"/> flek hitam <sup>しみ</sup> しみ</p> <p><input type="checkbox"/> kutu air <sup>みずむし</sup> 水虫      <input type="checkbox"/> Luka bernanah/borok <sup>じくじく</sup> じくじくしている</p> <p><input type="checkbox"/> lainnya <sup>た</sup> その他</p>	 <p>Lingkari pada gambar. <sup>しょうじょう</sup> 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 <sup>ねん</sup> 年      _____ bulan <sup>がつ</sup> 月      _____ hari <sup>にち</sup> 日から</p> <p>Apakah dari gejala tersebut ada perubahan tidak normal di badan Anda? <sup>しょうじょうへんか</sup> 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? <sup>くすり た もの</sup> 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 <sup>くすり</sup> 薬      <input type="checkbox"/> makanan <sup>た もの</sup> 食べ物      <input type="checkbox"/> lainnya <sup>た</sup> その他      <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? <sup>げんざいの</sup> 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! <sup>も</sup> 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? <sup>にんしん</sup> 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 <sup>かげつ</sup> ヶ月      <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	
<p>Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? <sup>じゆにゅうちゆう</sup> 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? <sup>いま</sup> 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 <sup>いちょうびょうき</sup> 胃腸の病気      <input type="checkbox"/> penyakit limpa <sup>かんぞうびょうき</sup> 肝臓の病気      <input type="checkbox"/> penyakit jantung <sup>しんぞうびょうき</sup> 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> penyakit ginjal <sup>じんぞうびょうき</sup> 腎臓の病気      <input type="checkbox"/> TBC <sup>けっかく</sup> 結核      <input type="checkbox"/> kencing manis <sup>とうりょうびょう</sup> 糖尿病      <input type="checkbox"/> asma <sup>ぜんそく</sup> ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> darah tinggi <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症      <input type="checkbox"/> AIDS <sup>エイズ</sup> エイズ      <input type="checkbox"/> kelenjar gondok <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気      <input type="checkbox"/> sipilis <sup>はいどく</sup> 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> lainnya <sup>た</sup> その他</p>	
<p>Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? <sup>げんざい</sup> 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? <sup>しゆじゆつ</sup> 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? <sup>ますい</sup> 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? <sup>こんご</sup> 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>	