

پرسشنامه بخش پوست

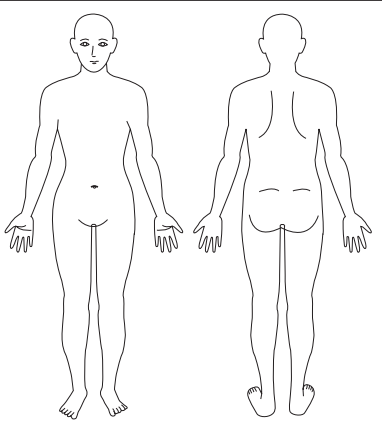
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

فارسی
پارسیجا

بروزید نیک را شوند می شونند را نیک مواردی که به شما مربوط می شوند را تیک بزنید
あてはまるものにチェックしてください

سال ^{ねん} 年 ^{がつ} 月 ^{にち} 日 روز

نام و نام خانوادگی ^{なまえ} 名前	<input type="checkbox"/> مرد ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> زن ^{おんな} 女	
تاریخ تولد ^{せいねんがっぴ} 生年月日	سال ^{ねん} 年 _____ ماه ^{がつ} 月 _____ روز ^{にち} 日 _____	تلفن ^{でんわ} 電話 _____
آدرس ^{しゅうしょ} 住所		
آیا بیمه درمانی دارید؟ ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
ملیت ^{こくせき} 国籍	زبان ^{ことば} 言葉	

<p>چگونه ناراحتی دارید؟ <input type="checkbox"/> آیا تب دارید (°C) ^{ねつ} 熱がある <input type="checkbox"/> درد ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> خارش ^{かゆい} 痒い <input type="checkbox"/> سوختگی ^{やけど} 火傷 <input type="checkbox"/> جوش ^{ほっ} 発疹 <input type="checkbox"/> آگزما ^{あぐま} 湿疹 <input type="checkbox"/> خال ^{あざ} 瘡 <input type="checkbox"/> لک ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> کوفتگی یا خون مردگی <input type="checkbox"/> خال ^{あざ} 瘡 <input type="checkbox"/> لک ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> قارچ پوستی ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> زده ^{ただ} 爛れ <input type="checkbox"/> غیره ^{その他} その他</p>	 <p>محل بیماری را با علامت دایره نشان دهید 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>از چه موقع؟ _____ سال ^{ねん} 年 _____ ماه ^{がつ} 月 _____ روز ^{にち} 日 _____</p>	
<p>آیا علائم بیماری تغییر کرده است؟ ^{しょうじょう} 症状は変化していますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا حساسیت دارو یا غذا با دارو یا غذا ^{くすり} 薬 یا ^た 食べ物 ^{もの} 食物で آلرژی ^{アレルギー} が出ますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 → <input type="checkbox"/> دارو ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> غذا ^た 食べ物 <input type="checkbox"/> غیره ^{その他} 其他 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا دارویی ^{げんざいの} 現在飲んでいる ^{くすり} 薬 がありますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 → <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 → <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا ^{にんしん} 妊娠 していますか、^{かのうせい} またその可能性 がありますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 → _____ ^{かげつ} چندماه ヶ月 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا ^{じゅうちゅう} 授乳 中 ですか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا تا به حال ^{いま} مبتلا به بیماری شده اید؟ ^{びょうき} 今 までにかかった病氣 がありますか</p>	
<p><input type="checkbox"/> بیماری ^{いちょう} 胃腸 的 病氣 <input type="checkbox"/> بیماری ^{かんぞう} 肝臟 的 病氣 <input type="checkbox"/> بیماری ^{しんぞう} 心臟 的 病氣 <input type="checkbox"/> بیماری ^{じんぞう} 腎臟 的 病氣</p> <p><input type="checkbox"/> سل ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> بیماری ^{とうようびょう} 糖尿 病 <input type="checkbox"/> آسم ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> فشار ^{こうけつあつしやう} خون بالا 高血壓 症</p> <p><input type="checkbox"/> ایدز ^{エイズ} <input type="checkbox"/> تیروئید ^{こうじょうせん} 甲状腺 的 病氣 <input type="checkbox"/> سفلیس ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> غیره ^{その他} 其他</p>	
<p>آیا در حال حاضر برای ^{げんざいちりょう} 治療 している ^{びょうき} 病氣 がありますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا تا به حال ^{شیرجراحی} 手術 を受けた ことがありますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا ^{ますい} 麻酔 をして ^{なに} 何か ^{トラブル} トラブル がありましたか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	
<p>آیا ^{こんご} 今後、^{つうやく} 通訳 を ^{じぶん} 自分で ^つ 連れて くる ことができますか</p> <input type="checkbox"/> بله ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> خیر ^{いいえ} 否	